



**CP-vammaisten lasten ja nuorten sekä heidän
vanhempiensa saama fysioterapeuttinen ohjaus
sairaalassa botulinumtoksiini A - injektion jälkeen**

Härkönen, Jenni
Järvinen, Minja
Vuorinen, Elli

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

**CP-vammaisten lasten ja nuorten sekä heidän
vanhempiensa saama fysioterapeuttinen ohjaus
sairaalassa botulinumtoksiini A - injektion jälkeen**

Jenni Härkönen
Minja Järvinen
Elli Vuorinen
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syyskuu, 2011

Jenni Härkönen, Minja Järvinen ja Elli Vuorinen

CP-vammaisten lasten ja nuorten sekä heidän vanhempiensa saama fysioterapeuttinen ohjaus sairaalassa botulinumtoksiini A -injektion jälkeen

Vuosi	2011	Sivumäärä	81
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka avulla botuliinihoidon yhteydessä tapahtuvaa fysioterapiaohjausta voidaan kehittää. Fysioterapeuttista ohjausta on tähän mennessä tutkittu varsin vähän, eikä lasten ja nuorten fysioterapeuttisesta ohjauksesta ole Suomessa juurikaan tutkimuksia. Fysioterapeuttinen ohjaus on osa botulinumtoksiini A -hoitoprosessia ja sen tavoitteena on tukea potilasta ja hänen perhettään jatkohoitoa toteuttaessa.

Opinnäytetyö toteutettiin osana Potilasohjaus fysioterapiassa -hanketta ja tutkimuksen aiheena oli fysioterapeuttinen ohjaus botuliinihoidon yhteydessä. Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa, millä tavoin ohjaus on toteutunut HYKS:n sairaalan fysioterapeuttien ohjatessa CP-vammaisille potilaille ja heidän vanhemmilleen kotiharjoitteita.

Tutkimukseen osallistui kolme botulinumtoksiini A -injektion saanutta CP-vammaista lasta tai nuorta ja heidän vanhempansa sekä kaksi ohjaavaa fysioterapeuttia. Tutkimusaineisto oli kerätty Potilasohjaus fysioterapiassa -hankkeessa toimineen tutkimusryhmän toimesta ja aineistona käytettiin videotallenteita toteutuneista ohjaustilanteista. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena ja aineistot analysoitiin diskurssianalyysin menetelmin.

Tulosten perusteella fysioterapeutit ohjasivat CP-vammaisia lapsia ja nuoria sekä heidän vanhempiaan sairaalassa botuliini -injektion saamisen jälkeen sekä puheen että toiminnan keinoin. Puhetta he käyttivät kysyessään, ohjatessaan sanallisesti, kehottaessaan ja päättellessään. Toimintaa ohjauksen keinona he käyttivät tutkiessaan potilasta, mallintaessaan harjoitteita sekä ohjatessaan manuaalisesti kotiharjoitteiden suoritustekniikoita. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia tarkemmin vuorovaikutuksen elementtejä fysioterapeuttisessa ohjaustilanteissa kaikkien tilanteeseen osallistuvien näkökulmista. Tämän mahdollistamiseksi tulisi kerätä lisää aineistoa ohjaustilanteiden ja haastatteluiden muodossa. Kattavan ja luotettavan tutkimusaineiston saamiseksi olisi aiheellista kerätä materiaalia koko terapiasuhteen ajalta useampien fysioterapeuttien toteuttamana useammille potilaille.

Asiasanat: fysioterapeuttinen ohjaus, CP-vamma, botulinumtoksiini A -injektio

Jenni Härkönen, Minja Järvinen and Elli Vuorinen

Physiotherapeutic counseling to children and young people with cerebral palsy and their parents at a hospital after botulinum toxin A -injection

Year 2011

Pages

81

The purpose of this thesis was to produce information by surveying physiotherapeutical practices in order to develop the physiotherapeutic guidance given during botulin treatment. There is little research on physical therapy counseling, and studies on children's and young people's physiotherapy have hardly been conducted in Finland. Physical therapy counseling is a part of the botulinum toxin A -treatment process and its aim is to support patients and their families during the further treatment.

Our thesis was a part of the Potilasohjaus fysioterapiassa -project (Patient guidance in physiotherapy) and concentrated on physical therapy guidance during the botulinum toxin A -treatment. The aim of this study was to survey how the guidance has been implemented when the HUCH (Helsinki University Central Hospital) physiotherapists guided on how to carry out the home exercises with the patients and their parents.

Three patients with Cerebral Palsy, their parents and two counseling physiotherapists participated in this study. Another research group had collected the data that consisted of video material of guiding and counseling situations. The research method in this thesis was qualitative and the gathered information was analyzed using discourse analysis.

Based on the findings of this study the physiotherapists used both speech and action when counseling patients with cerebral palsy and their parents after botulinum toxin A -injection. They used speech while making questions, guiding verbally, advocating and concluding. Action as a method of guidance was used while examining the patient, modeling the exercises and guiding manually. In the future it would be interesting to study more specifically the elements of interaction between the people participating in physiotherapeutic counseling situations. To enable that kind of research more material is needed of counseling situations and interviews. This material should be collected throughout the whole therapeutic relationship from several physiotherapists and their patients to ensure the study would be comprehensive and trustworthy.

Keywords: physiotherapeutic counseling, cerebral palsy, botulinum toxin A -injection

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	8
3	Potilasohjaus fysioterapiassa	8
4	Fysioterapeuttiset ohjausmenetelmät	10
4.1	Sanallinen ohjaus.....	12
4.2	Manuaalinen ohjaus.....	13
4.3	Visuaalinen mallintaminen	15
5	Vuorovaikutus fysioterapeuttisessa ohjaustilanteessa	15
6	CP-vammainen lapsi ja nuori.....	17
6.1	CP-vamma	18
6.1.1	Etiologia.....	18
6.1.2	Luokittelu.....	19
6.1.3	Liitännäisvammat	21
6.2	CP-vammaisen lapsen ohjaus kuntoutuksessa.....	22
6.3	Botulinumtoksiini A -injektio osana CP-vammaisen lapsen kuntoutusta	25
7	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	28
8	Tutkimusmenetelmät.....	28
8.1	Aineiston keruu	29
8.1.1	Episodien valintaperusteet	30
8.2	Diskurssianalyysi.....	32
9	Tutkimuksen tulokset	34
9.1	Episodi 1: Keskustelu hoidon vaikutuksista	34
9.2	Episodi 2: Haastattelemisen tehdyistä venytyksistä	37
9.3	Episodi 3: Liikkuvuuksien tutkiminen ja haastattelu.....	39
9.4	Episodi 4: Aktiivisen harjoitteen ohjaaminen	41
9.5	Episodi 5: Harjoitteen ohjaaminen potilaalle ja äidille	44
9.6	Yhteenveto tuloksista	47
10	Pohdinta	50
10.1	Tulosten pohdinta.....	50
10.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	56
10.2.1	Eettisyys	56
10.2.2	Luotettavuus	57
10.3	Jatkotutkimusehdotukset	61
	Lähteet	62
	Kuvat	65
	Liitteet.....	66
	Liite 1 Episodi 1	67
	Liite 2 Episodi 2	68

Liite 3 Episodi 3	70
Liite 4 Episodi 4	71
Liite 5 Episodi 5	72
Liite 6 Litteraatti 1	73
Liite 7 Litteraatti 2	75
Liite 8 Litteraatti 3	77
Liite 9 Litteraatti 4	78
Liite 10 Litteraatti 5.....	80

1 Johdanto

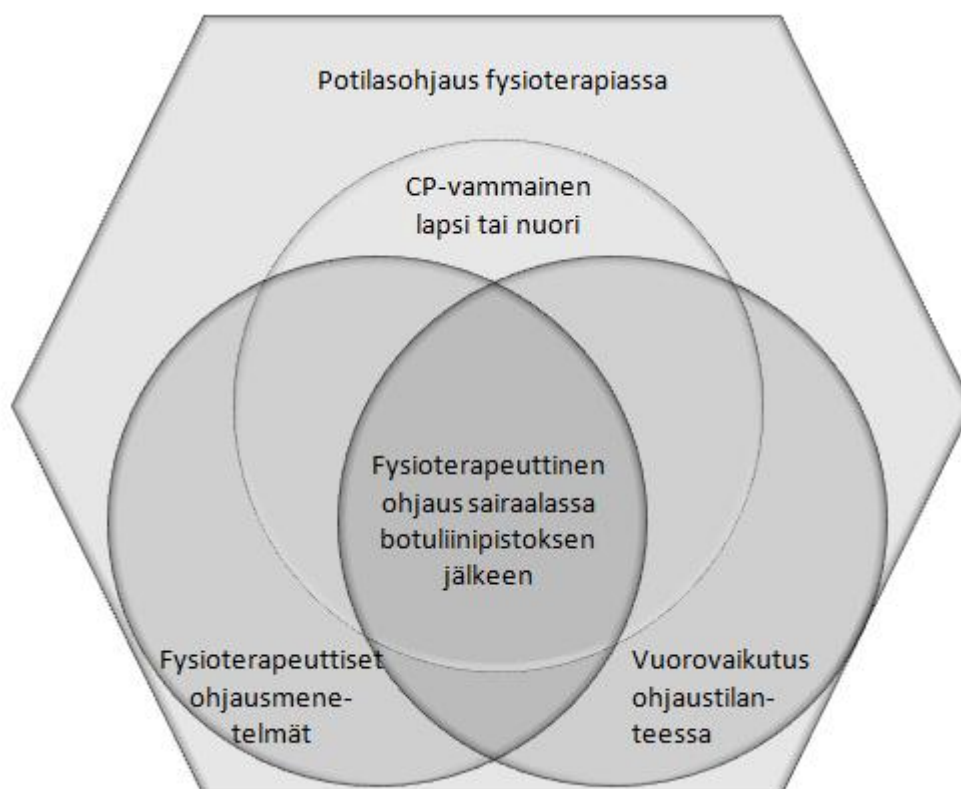
Fysioterapeutin ammatillisessa toiminnassa ohjauksella on tärkeä rooli asiakkaan kuntoutuksessa. Ohjaussuhteen tulee olla tasa-arvoinen ja asiakaslähtöisessä ohjaustilanteessa ohjaajan tulee tukea asiakasta päätöksenteossa. Fysioterapeutti antaa tietoa kun asiakas sitä tarvitsee, antamatta kuitenkaan valmiita ratkaisuja. Ohjauksen keinoin pyritään kannustamaan asiakasta löytämään omia selviytymiskeinoja ja ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisestaan. (Kynäs ym. 2007, 145.) Fysioterapeuttien vuorovaikutusta tarkasteltaessa on havaittu, että he ohjaavat asiakkaitaan useimmiten selittämällä, ohjaamalla sanallisesti sekä näyttämällä esimerkkiä. Palautteen antaminen on myös tärkeä osa ohjausta. (Heino 2005.)

Aikuisten ja lasten kuntoutuksen lähtökohdat ovat usein erilaiset. Lasten kuntoutus perustuu lapsen ja perheen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämiseen. Lasten kuntoutuksessa fysioterapeutin on huomioitava lapsen yksilöllinen kehitys ja pyrkiä ohjauksella tukemaan lapsen selviämistä mahdollisimman itsenäisesti. (Kuntoutussäätiö 2010.) Pienikin poikkeavuus lapsen kehityksessä on perheen elämässä huolta aiheuttava tekijä, jonka seurauksena perheen odotukset kuntoutuksen suhteen ovat usein suuret. (Autti-Rämö 2008, 479.)

Opinnäytetyö on tehty osana fysioterapeuttisen ohjauksen kehittämishanketta, joka toteutetaan eräässä HUS:n keskussairaalassa. Hankkeen tarkoituksena on ollut tutkia lasten ja nuorten fysioterapian potilasohjausta sekä aikuisten ortopedisen fysioterapian potilasohjausta. Potilaina hanketutkimuksessa ovat olleet botuliinihoitoa saaneet tai monitasokirurgisessa opeeraatiossa olleet cp-vammaiset lapset ja nuoret, sekä alaraajan nivelleikkaukseen päätyvät aikuiset. Opinnäytetyön aiheena on ollut selvittää sairaalassa tapahtuvan fysioterapeuttisen potilasohjauksen ohjauskäytänteitä botulinumtoksiini A (BTX-A) -injektion saaneille cp-vammaisille lapsille ja nuorille sekä heidän vanhemmilleen. Hanke toteutuu yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) sekä Jyväskylän yliopiston kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut tuottaa tietoa, jonka avulla botuliinihoidon yhteydessä tapahtuvaa fysioterapiaohjausta voidaan kehittää. Tavoitteena on ollut kartoittaa, miten ohjaus on toteutunut HYKS:n sairaalan fysioterapeuttien ohjatessa potilaille ja heidän vanhemmilleen kotiharjoitteita. Tässä kirjallisessa raportissa on pyritty antamaan kattava ja ajankohtainen kuvaus tutkimukseen osallistuneille lapsille ja nuorille sekä heidän vanhemmilleen toteutetusta fysioterapeuttisesta ohjauksesta. Tiivistetysti raportin sisältö etenee teoreettisesta viitekehyksestä tutkittuun teorial tietoon fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja cp-vammaisesta lapsesta ja nuoresta sekä tutkimusmenetelmien kautta tutkimuksen tuloksiin ja pohdintaan.

2 Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys



Kuva 1: Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

Kuvassa 1 on esitetty opinnäytetyön keskeiset käsitteet teoreettisen viitekehyksen muodossa. Opinnäytetyössä viitekehys koostuu potilasohjauksesta fysioterapiassa, fysioterapeuttisista ohjausmenetelmistä, vuorovaikutuksesta ohjaustilanteessa sekä CP-vammaisesta lapsesta/nuoresta. Potilasohjaus fysioterapiassa toimii kehystävänä käsitteenä ja opinnäytetyössä tarkastellaan ohjauksen osuutta fysioterapeutin työssä. Ohjaamisen onnistumiseksi fysioterapeutit käyttävät fysioterapeuttisia ohjausmenetelmiä ollessaan vuorovaikutuksessa CP-vammaisen lapsen tai nuoren kanssa, ja tätä potilasohjaustilannetta havainnoimalla tutkimuskysymykseen on pyritty löytämään vastaus.

3 Potilasohjaus fysioterapiassa

Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta tarkoittavat terveyttä ja toimintakykyä tuottavien tai toimintarajoitteita ehkäisevien muutosten edistämistä sekä terveydelle ja toimintakyvylle myönteisten asioiden tukemista. Ohjaus voi kohdistua asiakkaaseen tai hänen omaiseensa, ja se voi olla sanallista, manuaalista tai visuaalista. Ohjaus voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai erisuuruisissa ryhmissä. (Suomen Kuntaliitto 2007.)

Ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa asiakas ja ohjaaja edistävät yhdessä asiakkaan oppimista (Kääriäinen ym. 2005, 27). Kyngäksen ym. (2007) mukaan ohjaus on olennainen osa fysioterapeutin ammatillista toimintaa ja tärkeä osa asiakkaan hoitoa. Ohjaus on rakenteeltaan muita keskusteluja suunnitelmallisempaa, ja tarpeen tullen se voi sisältää myös tiedon antamista. Tuloksellinen ohjaus voi vaatia useita ohjauskertoja.

Fysioterapian tavoitteena on usein asiakkaan elämäntapojen muutos. Keino tämän tavoitteen saavuttamiseksi on asiakaslähtöinen työskentely, jossa keskeistä on asiakkaan kuuntelu. Asiakkaan omien voimavarojen löytämisessä ja tukemisessa dialoginen vuorovaikutus on tärkeää. (Veijola & Larivaara 2001.) Onnismaa (2007, 7.) kuvaa ohjauksen olevan parhaimmillaan ohjaajan ja asiakkaan neuvottelua, joka edistää keskustelun keinoin asiakkaan kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksen tavoitteena on auttaa asiakasta selviämään paremmin omassa ympäristössään ja käyttämään omia mahdollisuuksiaan tavoitteellisesti hyväksien.

Sanna Pienmäki (2004, 23.) toteaa Pro Gradu -tutkielmassaan ohjauksen olevan ohjattavan tukemista, jotta ohjattava voi tehdä omaan elämäänsä koskevia valintoja ja päätöksiä. Ohjaus on dialogia, ajatusten tarjoamista ja pohtimista yhdessä. Ohjaaja ei kuitenkaan saa tyrkyttää omia ajatuksiaan, vaan hänen on annettava asiakkaan tehdä ohjauksen aikana omat valintansa ja päätöksensä, joihin ohjaaja vain antaa eväät.

Ohjauksessa asiakas on aktiivinen pulman ratkaisija, ja ohjaajan rooli on tukea häntä päätöksenteossa esittämättä kuitenkaan valmiita ratkaisuja. Ohjaussuhde on tasa-arvoinen. (Kyngäs ym. 2007.) Asiakasta tuetaan suuntaamaan voimavaransa yhdessä asetettujen fysioterapian tavoitteiden saavuttamiseksi. (Suomen Kuntaliitto 2007.) Ohjaaja ja ohjattava työskentelevät aktiivisina osapuolina koko ohjaustilanteen ajan ja ohjaaja vastaa tarvittaessa seurannasta ja tulosten arvioinnista. (Lairio & Puukari 2001, 12.)

Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat myös fysioterapeutin kommunikaatio-, motivointi- ja johtamistaidot. Kommunikaatiotaidot voidaan jaotella ei-kielellisiin ja kielellisiin taitoihin. Ei-kielellisiä taitoja ovat muun muassa ajankäyttö, fyysiset keinot kuten katsekontakti ja asento sekä äänenkäyttö, erityisesti artikulointi ja puhenopeus. Kielellisistä taidoista kommunikoinnin tärkeimpiä edellytyksiä ovat kuuntelu sekä kysymisen taito. Hyvä ohjaus edellyttää ohjaajalta kykyä ymmärtää ohjattavaa sekä hänen ongelmiaan ja kokonaistilannettaan. Myös ohjaajan kyky motivoida ohjattavaansa vaikuttaa päämäärien saavuttamiseen. (Lairio & Puukari 2001, 12.)

Yksi fysioterapeuttisen ohjauksen ydinkäsitteistä on tavoitteellisuus. Lairion ja Puukarin (2001, 12.) mukaan ohjauksen tavoitteina voidaan pitää muun muassa selviytymiskyvyn kehity-

tyminen ja voimavarojen ja kasvun edistäminen. Tavoitteiden toteutumiseksi ohjattavan on oltava sitoutunut työskentelemään tavoitteiden saavuttamiseksi. Motivaation säilymisen kannalta ohjattavan on tunnettava edistytensä prosessin aikana. Asiakkaan tulee myös ymmärtää, mitä varten hän käy fysioterapiassa sekä oma vastuunsa kuntoutumisessa.

4 Fysioterapeuttiset ohjausmenetelmät

Fysioterapeutin työ on suureksi osaksi asiakkaiden ohjausta ja neuvontaa. Ohjaamisella pyritään vaikuttamaan asiakkaan asenteisiin, välittämään tietoa, sekä motivoimaan ja aktivoimaan asiakasta. Ohjaamisella on myös terapeuttinen merkitys, sillä sen avulla pyritään liikesuoritusten mallintamiseen. Potilaita voidaan ohjata joko yksin tai ryhmässä ja ohjaus voi olla suunniteltua tai tilanteen vaatimaa. (Heino 2005.)

Fysioterapeuttien vuorovaikutusta tarkasteltaessa on havaittu, että fysioterapeutit ohjaavat useimmiten pääasiassa selittämällä ja ohjaamalla suullisesti ja näyttämällä esimerkkiä. Muita ohjauskeinoja ovat muun muassa manuaalinen avustaminen sekä kirjallinen tai audiovisuaalinen ohjaus. Myös palautteen antamisella on ohjaamisessa tärkeä rooli. (Heino 2005; Kukkohovi 2004; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 178.)

Kuvassa 2 tarkastellaan eri ohjausmenetelmien liittymistä terapian eri vaiheisiin niiden sisältämien fyysisten ja psyykkisten tarkoitusten mukaan. Terapian alkuvaiheessa asiakas voi olla huonokuntoinen, masentunut tai väsynyt. Hänen puheen ymmärtämisensä saattaa olla heikentynyt, jolloin häntä on tarkoituksenmukaista ohjata manuaalisesti. Tällöin manuaaliseen ohjaukseen liittyy fyysisten merkitysten lisäksi henkisiä merkityksiä. Terapian etenemisen myötä fysioterapeutti ja asiakas asettavat tavoitteita entistä tietoisemmin. Sanallinen ohjaus tulee yhä tärkeämmäksi, kun käsitellään kuntoutuksen tarkoitusta ja annetaan ohjeita harjoittelulle. Harjoittelun toteuttamisessa visuaalisen ohjaamisen merkitys kasvaa suoritusten mallintamisessa ja palautteen antamisessa. (Talvitie ym. 2006, 184.)

Kirjalliset ohjeet eivät voi korvata suullista ohjausta, vaan niitä käytetään suullisen ohjauksen tukena ja täydennetään suullisen ohjauksen avulla. Potilaan selviytyminen omasta hoidostaan ei saisi jäädä sähköisten tai kirjallisten ohjeiden varaan, vaan asiantuntija toimii näiden ohjeiden tulkitsejana. Selkeät ja ymmärrettävät kirjalliset ohjeet helpottavat potilaan ohjausta. Kirjallisen ohjauksen etuna on, että potilas voi tutustua ohjeisiin omassa tahdissaan ja tarvittaessa kerrata niitä. (Heino 2005.)

Harjoitteluvaihe	Sanallinen ohjaaminen	Manuaalinen ohjaaminen	Visuaalinen ohjaaminen
harjoittelun alussa	liikkeen nimeämistä asennon rakentamista ympäristön järjestämistä	käsin ohjailua tukemista ympäristön järjestämistä	näyttämistä
suorituksen aikana	toimintakäskyjä toimintaohjeita suoritusohjeita	käsin ohjailua tukemista liikkeen vastustamista venytyksiä	näyttämistä mallintamista (peili, video)
suorituksen lopussa palaute	motivoivaa toteavaa ja valmistavaa ohjaavaa ja korjaavaa informatiivista	hyväksyntää osoittavaa koskettamista käsin ohjailua	näyttämistä mallintamista (peili, video)

Kuva 2: Sanallinen, manuaalinen ja visuaalinen ohjaaminen harjoittelutilanteessa (Talvitie ym. 2006, 184.)

Suullisen ja kirjallisen ohjauksen lisäksi voidaan käyttää erilaista audiovisuaalista oppimateriaalia. Joidenkin potilaiden mukaan äänikasetin kuuntelemisesta tai toimenpiteeseen liittyvän videon katsomisesta on apua toipumisprosessissa. Videon katseleminen muuhun ohjaukseen yhdistettynä on tehokas tapa lisätä potilaan tietoja, lievittää ahdistuneisuutta ja vähentää mahdollisia väärinkäsityksiä hoidosta. (Heino 2005.)

Kirsi Kukkohovin (2004) Pro gradu-tutkielmassa selvitettiin fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta fysioterapian ohjaustilanteessa. Tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien mukaan perinteisiä ja tärkeimpiä ohjausmenetelmiä ovat puhe, mallin näyttäminen ja manuaalinen ohjaaminen. Fysioterapeutit kertoivat tilanteesta riippuen käyttävänsä apuna myös mielikuvia, teippausta tai peiliä. Ohjauksessa pyritään ottamaan huomioon eri asiakkaiden edellytykset hahmottaa, oppia ja omaksua asioita. Fysioterapeuttien mukaan

on tärkeää kuunnella ja tarkkailla asiakasta, jotta saadaan selville, miten asiakas ajattelee ja miten hän oppii ja ymmärtää asian helpoiten.

Fysioterapeutit kertoivat tutkimuksessa tietävänsä asiakkaistaan ennakkoon potilastietojen perusteella hyvin vähän. Osa terapeuteista kertoi kyselevänsä asiakkaan taustoista vähemmän, osa taas enemmän. Terapeutit kertoivat käyttävänsä saatuja tietoja hyväksi ohjaamisessa. Fysioterapeuttien mukaan heidän käyttämänsä kieli, sanasto ja ohjauskeinot vaihtelevat asiakkaiden myötä. (Kukkohovi 2004.)

Ohjauksen tuloksena syntyvä tilanne on aina sidoksissa asiakkaan ja fysioterapeutin taustatekijöihin, jotka ovat ohjauksen lähtökohta. Ohjaukseen vaikuttavat yksilölliset taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin tekijöihin kuten esimerkiksi ikä, sukupuoli tai terveydentila, psyykkisiin tekijöihin kuten esimerkiksi kokemukset, mieltymykset, motivaatio tai oppimisvalmiudet, sosiaalisiin tekijöihin kuten kulttuuritausta, eettisyys tai uskonnollisuus sekä muihin ympäristötekijöihin. (Kyngäs ym. 2007.)

Asiakkaan taustatekijät ja hänen käsityksensä niistä muodostavat todellisuuden, jossa hän elää ja toteuttaa kuntoutumistaan. Jos asiakkaan taustatekijöitä ei huomioda, samassa tilanteessa olevia asiakkaita ohjataan aina samalla tavalla ja samoilla ohjausmenetelmillä. Tällöin asiakkaiden ohjaaminen ei vastaa heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa. (Kyngäs ym. 2007.)

Mahdollisimman laaja-alainen tietopohja, koulutus ja työkokemus edesauttavat potilaan luottettavaa ohjausta. Ohjauksen sovittaminen potilaan tarpeisiin, oppimisvalmiuksiin ja yksilöllisiin selviytymiskeinoin vaatii taitoa. Potilaan tyytyväisyyteen saamaansa tietoon vaikuttaa ennen kaikkea henkilökohtainen kohtaaminen ohjausta antavan henkilön kanssa. (Heino 2005.)

4.1 Sanallinen ohjaus

Fysioterapeutit käyttävät runsaasti sanallista ohjausta, jonka tarkoituksena on ohjailla suoritusta ja antaa niistä palautetta. Sanallisella ohjauksella on tärkeä rooli myös silloin, kun luodaan hoitosuhdetta, suunnataan asiakkaan tarkkaavaisuutta tai pyritään lisäämään hänen tietoisuuttaan omasta suorituksestaan. Sanallinen ohjaaminen on läheisesti yhteydessä motorisen oppimisen kognitiiviseen vaiheeseen, ja näin ollen se on tärkeä taitojen oppimisen alussa. Sen käyttöä voi vähentää sitä mukaa, kun oppijan taito ja itsenäinen suoriutuminen lisääntyvät. (Talvitie ym. 2006, 178-185.)

On tärkeää myös varmistaa, että potilas ymmärtää saamansa tiedon. Ymmärtämisellä tarkoitetaan ihmisen kykyä ottaa vastaan informaatiota ja konstruoida sitä tiedoksi. Sanallisen oh-

jeen ymmärtäminen edellyttää selkeitä lauseita ja ymmärrettäviä käsitteitä. Ymmärtäminen ei ole pelkästään tiedollista, vaan myös emotionaalista ja empiiristä, ja se edellyttää tulkin-
taa. Mitä syvällisemmin potilas ymmärtää tiedon, sitä varmemmin hän muistaa sen myöhem-
min. Jos fysioterapeutin antamat sanalliset ohjeet sisältävät liikaa tietoa, asiakkaalla saattaa
olla vaikeuksia muistaa, mitä on sanottu. Hyvässä ohjauksessa ei käytetä potilaalle tuntemat-
tomia termejä eikä sairaalaslangia. (Heino 2005; Talvitie ym. 2006, 185.)

Hoitosuhteen alussa fysioterapeutin tehtävänä on esitellä tulevaa kuntoutusta sekä kuunnella
kuntoutujaa ja tehdä sen perusteella havaintoja hänen elämäntilanteestaan. Fysioterapeutin
esittämien kysymysten tarkoituksena on rohkaista asiakasta jatkamaan keskustelua, suunnata
hänen huomionsa tiettyihin asioihin ja yrittää ymmärtää, mitä hän sanoo. Puheen avulla fy-
sioterapeutti voi selventää asiakkaan vastauksia, tulkita hänen sanomaansa, reagoida hänen
tunteenpurkauksiinsa sekä tukea ja rohkaista häntä. (Talvitie ym. 2006, 185.)

Talvitien ym. (2006, 186.) mukaan ohjaavan palautteen tarkoituksena on, että asiakas korjaisi
ne virheet, joista hänelle huomautetaan. Ongelmallista voi olla, jos terapeutti antaa palau-
tetta suorituksen aikana. Jos kuntoutuja tekee suoritusta sen hetkisen suorituskynsä äärira-
joilla, hän ei pysty käsittelemään palautetta suorituksen aikana, jolloin palaute jää hyödyn-
tämättä. Parhaiten sanallinen palaute saa aikaan toivottua muutosta, jos se annetaan suori-
tuksen jälkeen ja jos asiakkaan kanssa keskustellaan suoriutumiseen liittyvistä asioista. Sanal-
linen ohjaus mahdollistaa välittömän keskustelun ja asioiden kertaamisen sekä asiakkaan sa-
nallisiin ja sanattomiin kysymyksiin vastaamisen. Tällöin asiakkaalla on mahdollisuus reagoida
rauhassa tehtävän asettamiin vaatimuksiin. Pelkän sanallisen ohjeen merkitys saattaa olla
vähäinen, jos kuntoutujan reaktiokyky on heikentynyt ja hänellä on lisäksi vaikeuksia hahmot-
taa suuntia. (Heino 2005.)

Kukkohovin (2004) tutkimuksesta ilmenee, että fysioterapeuttien mukaan ohjaaminen aloite-
taan yleensä puheella, ja että sanallisen neuvonnan aikana he usein tarkkailevat sitä, miten
asiakas hahmottaa ja ymmärtää asian. Pelkkä sanallinen ohjeistus ei kuitenkaan useimmiten
riitä, vaan mallin näyttäminen ja koskettaminen auttavat asiakasta hahmottamaan harjoitteet
paremmin.

4.2 Manuaalinen ohjaus

Manuaalisella ohjaamisella tarkoitetaan yleensä joko vähäisen avun antamista suorituksen
aikana tai oppijan pakottamista suorituksen tekemiseen ohjaajan haluamalla tavalla. Manuaa-
lisen ohjauksen tärkeimpänä tavoitteena on tällöin estää epäonnistumiset ja vammautumiset
sekä auttaa synnyttämään luottamusta. Manuaalista ohjaamista vähennetään, kun asiakkaan

suoritusvarmuus ja -taso paranevat. Näin vältetään riippuvuuden syntyminen ohjaajaan. (Talvitie ym. 2006, 187-188.)

Fysioterapiassa manuaalista ohjausta käytetään eri tarkoituksiin. Fysioterapeutti voi asettaa asiakkaan manuaalisesti liikkeen suorittamisen mahdollistavaan asentoon. Hän voi liikuttaa asiakkaan raajaa antaakseen käsityksen halutusta liikkeestä ja erityisesti sen avaruudellisista ja ajallisista piirteistä. Useimmiten manuaalista ohjausta käytetään liikkeen tai suorituksen pakottamiseksi tiettyyn suuntaan, jolloin pyritään auttamaan asiakasta keskittymään suorituksen kannalta olennaisiin tekijöihin. Useissa neuroterapeuttisissa menetelmissä tuntoärsykeitä pidetään tärkeinä keinoina edistää monimutkaisten suoritusten saavuttamista. Manuaalisen otteen sijainti, paine ja kesto vaikuttavat liikkeen suuntaan ja lihaksen tapaan reagoida. (Talvitie ym. 2006, 188.)

Jos kuntoutujan lihasvoima on heikko tai lihasta on vaikea saada toimimaan, fysioterapeutti avustaa suoritusta manuaalisesti. Passiivisia liikkeitä käytetään harjoittelussa yleensä vain silloin, jos asiakas ei jaksa itse tehdä liikettä tai hänellä ei ole lupa kuormittaa sillä hetkellä raajaa tai sen osaa. Tällöin tavoitteena on lisätä kyseisen lihaksen aineenvaihduntaa, aktivoida lihassupistusta ja estää lihaksen jäykistymistä virheelliseen asentoon. (Talvitie ym. 2006, 189.)

Lihaskuntoharjoitteluun saadaan lisää tehoa, kun liikettä vastustetaan koko liikesuorituksen ajan. Vastusta voidaan käyttää myös isometrisesti, jolloin lihas supistuu ilman nivelessä tapahtuvaa liikettä. Kun lihasta jännitetään enimmäismääränsä verran, vastakkainen lihasryhmä rentoutuu samalla. Fysioterapiassa lyhytkestoinen venytys perustuu siihen, että sen avulla voidaan stimuloida tuovia hermoratoja, joilla ärsytetään uusia motorisia yksiköitä toimimaan. Riittävän pituinen pitkäkestoinen venytys taas saa aikaan lihaksen rentoutumisen. Kullakin lihaksella on tietty jännitysaste eli lihastonus, jota lihaskäsit säätävät keskushermoston välityksellä. Kohonnut lihastonus ja vähentynyt rentoutumiskyky lisäävät lihaksen vastusta venytysharjoituksille. (Talvitie ym. 2006, 190.)

Fysioterapeutti voi käyttää manuaalista ohjausta myös arvioidessaan asiakkaan toimintakykyä ja lihastoimintaa, kertovat Talvitie ym. (2006, 190.). Teoksessa mainitaan myös, että manuaalisessa lihastestauksessa supistuvalla lihaksella tai lihasryhmällä annettavan vastuksen määrä arvioidaan, ja fysioterapeutti vastustaa liikettä koko liikesuorituksen ajan. Manuaalinen testaus voidaan toteuttaa myös passiivisesti, jolloin fysioterapeutti suorittaa liikkeen koko liikelaajuudella.

4.3 Visuaalinen mallintaminen

Fysioterapiassa näköaistia käytetään apuna eri vaiheissa terapiaa. Suoritettavan liikkeen alussa fysioterapeutti käyttää visuaalista ohjaamista suorituksen mallintamiseen antamalla havaintoesityksen eli demonstraation. Oppimisen alkuvaiheessa liike tulee näyttää luonnollisella nopeudella ja suoritusrytmillä. Liikkeen esittäjä tuo esiin kaikki suorituksen vaiheet sujuvasti ja tarkoituksenmukaisesti. Tällöin oppija kykenee näkemänsä perusteella asettamaan itselleen tavoitteet ja määrittelemään hyvän suoritustason. (Talvitie ym. 2006, 190.)

Talvitie ym. (2006, 191.) kertovat teoksessaan fysioterapeutin useimmiten mallintavan suorituksen asiakkaan toistettavaksi, tai tekevän suorituksen yhdessä asiakkaan kanssa. Suorituksen näyttäminen samanaikaisesti ohjeiden antamisen kanssa ei jätä aikaa keskittyä suorituksen olennaisiin kohtiin, sillä asiakas tarvitsee aikaa tehdäksensä havaintoja. Näköaistia voidaan hyödyntää myös palautteen antajana monella tavalla. Videoitua suoritusta voidaan tarkastella myöhemmin, tai jos suoritus tehdään peilin edessä, peilikuva antaa palautteen. Tutkimusten mukaan suorituksen aikana annettu visuaalinen palaute parantaa suoritusta. Hyvin opittu suoritus saattaa jopa huonontua, jos näköaistin antama palaute estetään suorituksen aikana.

Lapsille visuaalinen havainnointi ja havaintoesitys joko sanallisen ohjauksen kanssa tai ilman ovat hyviä tehostamaan oppimista ja parantamaan suoritusta. Mitä heikompi lapsen suoritustaso on, sitä enemmän hän hyötyy omaa tasoaan olevan suorituksen seuraamisesta. Oppimista voidaan tehostaa puhumalla, jolloin lapsi voi nimetä suorituksen keskeisiä tekijöitä havainnoinnin aikana. (Talvitie ym. 2006, 191.)

5 Vuorovaikutus fysioterapeuttisessa ohjaustilanteessa

Asiakaslähtöisen toiminnan ydin ovat asiakkaan yksilölliset tarpeet. Näihin tarpeisiin fysioterapeutti vastaa aikaisempaa kokemustaan ja teoreettista tietoaan hyödyntäen, osoittaen olevansa asiakasta varten, kuunnellen ja muutoksen mahdollisuuksiin uskoen. (Veijola & Larivaa-ra 2001.) Toisaalta Kyngäksen ym. (2007) mukaan ohjauksessa voi tulla eteen myös tilanteita, joissa asiakas ei pysty arvioimaan mikä hänelle on hyväksi. Tällöin asiakkaan hyvä voi olla jokin, jonka asiantuntija osaa kyseisessä tilanteessa arvioida parhaiten.

Terapian myönteinen eteneminen edellyttää, että fysioterapeutti ja asiakas työskentelevät keskenään tasavertaisina, ja että molemmat ottavat vastuuta kuntoutumisen onnistumisesta. Tavoitteet asetetaan ja hyväksytään yhdessä, ja molempien tulee sitoutua niihin ja niiden saavuttamiseksi tarvittaviin toimenpiteisiin. Fysioterapeutin ja asiakkaan tai hänen omaistensa välillä tulee vallita molemminpuolinen luottamus, hyväksyntä ja kunnioitus. Kuntoutuksen

edetessä vastuuta siirretään enenevässä määrin asiakkaalle itselleen tai hänen omaisilleen, ja fysioterapeutin avustava toiminta muuttuu vähitellen asiakkaan itsehoitoa tukevaksi. Myös terapiamenetelmät muuttuvat, kun kuntoutuminen etenee ja harjoittelun kuormitustasot muutetaan vastaamaan uutta tilannetta. Mitä pidempi terapiasuhte on, sitä selvemmin terapiasuhteen dynaaminen luonne tulee esille. (Talvitie ym. 2006, 52.)

Onnismaa (2007, 44.) kuvaa dialogin on neuvotteluna, jossa osapuolilla on oma äänensä. Dialogissa osapuolet ovat jatkuvasti avoimia toistensa vaikutuksille, ja näin asiat saavat uusia merkityksiä. Kumpikaan osapuoli ei pidä omaa kantaansa lopullisena, vaan askeleena kohti lopputulosta, kuunnellen mahdollisuuksia jotka syntyvät vain suhteessa muihin ja jotka olisivat muuten jääneet huomaamatta. (Onnismaa 2007, 44.)

Dialogisessa terapiasuhteessa terapian päämäärä rakentuu asiakkaan omaan käsitykseen hänen ongelmistaan. Vuorovaikutus on väline, joka edistää sekä kuntoutumiseen sitoutumista että sen tuloksellisuutta. (Veijola & Larivaara 2001.) Ohjaustavoitteisiin pääseminen vaatii myös fysioterapeutin omien ohjaukseen vaikuttavien taustatekijöiden tunnistamista. (Kynä ym. 2007) Aution ja Kasken (2005.) mukaan ohjaamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa ohjaajan toimintatavat, asenteet, arvomaailma, ohjausfilosofia, ihmiskäsitys ja maailmankäsitys.

Voimaannuttava ohjaus on voimavaroja hyödyntävää, tasavertaista ja aktiivista toimintaa, jossa kunnioitetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja vastuuta. Voimaannuttavan ohjauksen periaate on, että asiakas tekee itse päätöksensä. Näin ollen myös ohjaajan on huolehdittava siitä, että asiakas saa tarpeelliset tiedot päätöksentekoa varten. (Kettunen ym. 2002, 214; Heikkinen ym. 2005. 121.)

Voimaannuttava ohjaus on käännetty Englannin kielen sanasta ”empowerment”, joka tarkoittaa myös sisäistä hallintaa. Se määritellään yleisesti ajattelu- tai toimintaprosessiksi, jonka kautta ihmiset saavat hallinnan omaan elämäänsä ja toimintaansa. Näin ohjattava kokee käyttävänsä valtaa omaa terveyttään koskevissa päätöksissä. Tällainen sisäinen voimavara on ihmisessä itsessään, eikä sitä voi siirtää toisille. (Leino-Kilpi ym. 1999, 26-29.)

Pelkonen ja Hakulinen (2002, 204.) toteavat yhteistyösuhteen luottamuksellisuuden ja avoimuuden sekä hyvän kommunikoinnin olevan tärkeitä virstanpylväitä voimavarojen vahvistamisessa. Vanhempien osallistuminen ja osallistaminen, kuulluksi tuleminen sekä yhteisesti sovitut tavoitteet ovat ehto voimaannuttavan ohjauksen onnistumiselle. Ohjaajalla tulee olla tarpeeksi tietoa ja kokemusta, joilla vahvistaa asiakkaan ja perheen voimavaroja. Voimavaroja vahvistetaan usein aktiivisella kuuntelemisella sekä tuen ja merkityksellisen tiedon tarjoamisella.

Taitava ja tarkoituksenmukainen kommunikointi on ammattitaidon avainasioita. Asiakkaat arvostavat hyviä kommunikointitaitoja, ja ne ovat edellytys tuloksellisen terapian syntymiselle. Hyvät kommunikaatiotaidot ovat kuitenkin koulutuksen näkökulmasta vaativa osa-alue. Kommunikaatiotaidot limittyvät yhteen kaikkien muiden fysioterapian osa-alueiden kanssa, ja niiden arvioiminen on haasteellista. Myös tutkimuksessa tiedossa on vielä oleellisia puutteita. (Parry & Brown 2009.)

Fysioterapeutin ja kuntoutujan toiminta voi olla kahdenlaista, jos fysioterapiaa tarkastellaan yksinomaan fyysisen aktiivisuuden näkökulmasta. Toiminnallisessa harjoittelussa sekä fysioterapeutti että kuntoutuja toimivat aktiivisesti, kun taas hieronnassa ja manuaalisissa käsittelyissä kuntoutuja on passiivinen vastaanottaja. Terapiasuhteessa kuntoutujan ja fysioterapeutin väliseen kommunikaatioon liittyy kuitenkin myös sosiaalisia, tiedollisia ja tunteisiin liittyviä tekijöitä. Sosiaalisten ja tunnepitoisten ilmausten tarkoituksena on antaa sosiaalista tukea, houkutella yhteistyöhön ja luoda myönteinen tunneilmapiiri. (Talvitie ym. 2006, 52.)

Fysioterapiassa käytetään myös sanatonta viestintää niin terapeuttien, asiakkaiden kuin muiden terveys- ja sosiaalialan työntekijöidenkin välillä. Sanatonta viestintää havainnoimalla voidaan kuvata, miten jotakin sanotaan. Sanattomalla viestinnällä on suuri merkitys vuorovaikutusprosessissa silloin, kun luodaan ensivaikutelma tai tehdään henkilöstä tulkintoja, viestitään läheisyyttä tai etäisyyttä suhteessa toiseen, ilmaistaan tunteita, halutaan lähettää ristiriitaisia viestejä tai valehdella, viestitään valta-asetelmia tai suostutellaan toisia. (Helsingin yliopisto 2011; Parry & Brown 2009.)

Sanaton viestintä toimii vahvasti erityisesti tunteiden ja asennoitumisen tasolla. Suuri osa tunneviestinnästä tapahtuu kasvojen ilmeillä, käsien eleillä ja äänensävyillä. Myös käsien ja jalkojen liikkeet, kehon asento, etäisyys toiseen ja ihmisten väliset kosketukset viestivät asioita. Erityisesti kohtaamisen ensihetkinä sanattomalla viestinnällä on suuri painoarvo, ja viestinnän jatkuessa huomio kiinnittyy yhä enemmän sanalliseen viestintään ja sisältöihin. Yleensä merkitykset syntyvät kielen ja nonverbaalisen viestinnän yhteisvaikutuksena. Sanaton viestintä antaa vihjeitä siitä, kuinka sanottua tulisi tulkita. (Helsingin yliopisto 2011; Karvonen 2005.)

6 CP-vammainen lapsi ja nuori

CP- vamma on aivovamman aiheuttama liikuntavamma (Koskiniemi & Donner 2004, 165.) Maailmanlaajuisesti kaksi jokaista tuhatta elävänä syntynyttä lasta kohti syntyy CP-vammaisena,

Suomessa CP-vammaisia lapsia syntyy vuosittain noin 130. Vuonna 2010 CP-vammaisia oli Suomessa yhteensä noin 6500. (Suomen CP-liitto Ry 2010.)

6.1 CP-vamma

CP-vamma määritellään kehittyvien aivojen liike- ja asentokeskuksien sekä niiden yhteyksien kerralla tapahtuneeksi vaurioksi. Näitä alueita aivoissa ovat tyvitumakkeet ja kortikospinaaliset radat. Vaurio tapahtuu joko raskauden aikana tai varhaislapsuudessa. CP on oireyhtymä, jonka vaikeusaste vaihtelee lievästä häiriöstä keskivaikeaan ja vaikeaan. (Campbell ym. 2006, 626; Suomen CP-liitto Ry 2010.)

Motoristen häiriöiden lisäksi CP-vammaan saattaa usein liittyä häiriöitä aistihavainnoissa, havaintokyvyssä ja kommunikoinnissa, psyykkisiä häiriöitä, epilepsiaa ja sekundaarisia tuki- ja liikuntaelinongelmia. CP-vammaan liittyviä motorisia häiriöitä ovat asentoon, ryhtiin ja liikkeisiin vaikuttava poikkeava lihasjänteys, tasapainon hallinnan ja koordinaation häiriöt, heikentynyt lihasvoima sekä tarkan motorisen kontrollin vaikeudet. Vaikka CP-vamman aiheuttanut aivovaurio ei itsessään ole etenevä tai paraneva, sen aiheuttama oirekuva muuttuu jatkuvasti lapsen kasvun ja kehityksen myötä. CP-vammaisen ihmisen liikunnalliset toimintaedellytykset voivat iän myötä joko huonontua tai parantua, ja tilanne pysyy harvoin staattisena. (Invalidiliitto Ry 2010.)

6.1.1 Etiologia

CP-vamman syntymekanismit, syyt ja seuraukset voivat olla hyvin monenlaisia. Koskiniemen ja Donnerin (2004,167.) mukaan sekä vaurion syy että ajoitus jäävät useissa tapauksissa epäselviksi. Riskiä saada CP-vamma ennen syntymää lisäävät äidin raskausmyrkytys, monisikiöraskaus, istukan verenvuoto, raskauden aikainen vakava tulehdus sekä äidin epätasapainossa oleva diabetes. Nämä tekijät voivat aiheuttaa sikiölle aivojen rakennehäiriöitä, aivoverenvuotoja, kasvuhäiriöitä, tulehduksia tai synnytyksen käynnistymisen ennenaikaisesti. Synnytyksessä CP-vammoista syntyy noin 20-40 %. Lapsi voi altistua hapenpuutteelle istukan tai napanuoran toiminnan häiriön vuoksi, ja myös vastasyntyneen hoitamaton ja matala verensokeri voi vaurioittaa aivokudosta. Aivojen kaikututkimukset kuuluvat keskosten ja vammautuneiden vastasyntyneiden tavanomaiseen seurantaan Suomessa. (Suomen CP-liitto Ry 2010.)

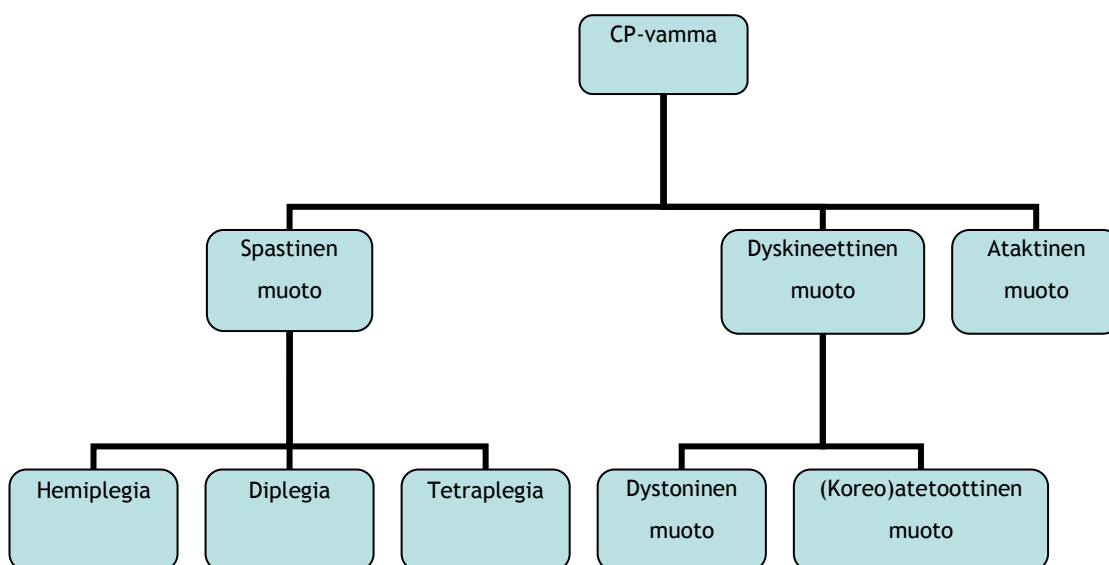
CP-vammoista noin 10 % aiheutuu synnytyksen jälkeen. Tavallisimpia syitä ovat aivokalvon tulehdus, tapaturmainen kalloaivovamma tai aivoverenkierron häiriö. Pienet ja ennenaikaisesti syntyneet lapset kuuluvat CP-vamman riskiryhmään. Noin 40 prosentilla ennen 34. raskausviikkoa syntyneistä lapsista todetaan aivoverenvuoto, joka lisää vammariskiä heti lievimmästä vuotoasteesta lähtien. Näistä vuodoista yli 90 % tapahtuu ensimmäisinä elinviikkoina. Laaja-

alainen aivoverenvuoto saattaa johtaa jopa aivoselkäydinnestekierron häiriöön. (Suomen CP-liitto Ry 2010.)

CP-vamma todetaan oireiden perusteella. Diagnostiikka perustuu lapsen normaalin kehityksen ja heijasteiden esiintymiseen. Ainoa keino diagnoosin varmistamiseen on lapsen säännöllinen tutkiminen. Varhaisoireiden voimakkuus ei kerro lapsen ennustetta, sillä ensimmäisten kuukausien lievät oireet voivat joko voimistua tai hävitä kokonaan. Diagnoosi varmistuu tavallisesti toisen ikävuoden loppuun mennessä. (Suomen CP-liitto Ry 2010.)

6.1.2 Luokittelu

CP-vamman muotoja luokitellaan kliinisten oireiden perusteella, joita ovat lihastonukseen liittyvät poikkeavuudet (hypertonia eli kohonnut lihastonus, hypotonia eli alentunut lihastonus ja dystonia, jossa lihastonus vaihtelee) sekä olemassa olevat diagnosoidut liikehäiriöt. Käytetyimmässä luokittelujärjestelmässä oireyhtymä on jaettu oirekuvan mukaan kolmeen ryhmään: spastinen, dyskineettinen ja ataktinen muoto (kuva 3). Dyskineettinen CP-vamma voi olla dystoninen tai (koreo-)atetoottinen. (Campbell ym. 2006, 625-626, Invalidiliitto Ry 2010.)



Kuva 3: CP-vamman luokittelu oirekuvan mukaan

Spastisiteetti ilmenee vaurioituneita aivoalueita vastaavien lihasten linkkuveitsityyppisenä jäykkyytenä, joka pahenee venytettäessä nopeasti kyseistä lihasta. (Koskiniemi & Donner 2004, 167.) Spastisissa muodoissa piirteitä on vähintään kaksi seuraavista: asennon ja/tai liikkeiden epänormaalit toimintamallit, kohonnut lihastonus, patologiset refleksit sekä oireiden ilmeneminen unilateraalisesti tai bilateraalaisesti. Spastisen lihaksen poikkeavan agonisti-antagonisti - toiminnan vuoksi lihaksen biomekaaniset ominaisuudet kuten joustavuus, muovautuvuus ja sisäinen kitka sekä lihaksen ja nivelsiteiden kasvu ovat poikkeavia. Seurauksena

lihastonus kohoaa ja lihasten venyvyys huononee, liikkeet tulevat jäykiksi ja vaikeiksi suorittaa, ja liikevariaatiot jäävät vähäisiksi. Spastinen CP-vamma on yleisin CP-diagnoosi. Sen esiintyvyys on 72-91 %, kun muiden muotojen osuus on 9-28 %. (Invalidiliitto Ry 2010.)

Spastiset CP-vammat jaetaan edelleen hemiplegiaan (21-40%), diplegiaan (13-25%) ja tetraplegiaan (20-43%). Hemiplegiassa spastisiteetti on toispuoleista, ja ilmenee raajoissa. Asymmetria voidaan havaita esimerkiksi kolmen kuukauden iässä, tarjottaessa lapselle lelua. Joskus oireet huomataan vasta, kun ne hidastavat ryömimisen tai kävelemisen oppimista. Bilateraalista vammoista diplegiassa alaraajojen motoriikka on häiriintynyt vaikeammin kuin yläraajojen. Diplegia on tyypillisesti pienten keskosten CP-muoto. Diplegia hidastaa istumaan ja kävelemään oppimista. Tetraplegiassa yläraajojen motoriikka on yhtä vaikeasti tai vaikeammin vammautunutta kuin alaraajojen ja ongelmia esiintyy toimintakyvyn eri alueilla. (Invalidiliitto Ry 2010; Koskiniemi & Donner 2004, 167.)

Dyskineettisen CP-vamman esiintyvyys on 12-14 %. Tunnuksenomaisia piirteitä ovat epänormaalit liikemallit ja vammautuneiden kehonosien tahdottomat, kontrolloimattomat, toistuvat, toisinaan stereotyyppiset liikkeet, primitiivisten refleksien hallitseminen ja lihastonuksen vaihtelu. Dyskineettinen CP-vamma on yksi CP-vamman vaikeimmista muodoista ja siihen liittyvä motorinen vamma on usein vaikea, mutta ei aina. Dyskineettinen CP-vamma voi olla joko dystoninen tai (koreo)atetoottinen CP-vamma. (Invalidiliitto Ry 2010.)

Dystonista oirekuvaa hallitsevat epänormaalit asennot ja hypertonia eli lihastonuksen aaltoilu. Ominaista ovat lisäksi tahdottomat liikkeet, vääristyneet tahdonalaiset liikkeet ja epänormaalit asennot, jotka aiheutuvat pysyvistä lihassupistumista. (Koreo)atetoottisen CP-vamman oirekuvalla on tyypillistä sekä hypertonia että hypotonia. (Invalidiliitto Ry 2010.) Korea tarkoittaa nopeita ja epärytmisiä, atetoosi distaalisia, kiertäviä, "matomaisia" pakkoliikkeitä. Kun ne esiintyvät yhdessä, tilaa nimitetään koreoatetoosiksi. (Kaakkola, 2010.)

Ataktisen CP-vamman piirteitä ovat sekä epänormaalit liikemallit että tahdonalaisen lihaskoordinaation häviäminen siten, että liikkeet suoritetaan epänormaalilla voimalla, rytmillä ja tarkkuudella. Ataksia voidaan havaita vasta yli vuoden ikäisillä lapsilla, sitä ennen oireina ovat hypotonia ja viivästynyt motorinen kehitys. Etiologiasta riippuen yksilö voi oppia hallitsemaan ataktisen CP-vamman kuntoutuksen ja harjoittamisen myötä. Hän voi oppia kävelemään vielä hyvinkin myöhäisellä iällä ja kuntoutuksella saavutetaan usein selvää edistymistä vielä aikuisiässä. Oireet voivat myös lisääntyä iän myötä. Ataktisen CP-vamman esiintyvyys on 4-13 %. (Invalidiliitto Ry 2010; Koskiniemi & Donner 2004, 169.)

CP-vammaa voidaan luokitella myös sen mukaan, miten se vaikuttaa toimintakykyyn. GMFCS (Gross Motor Function Classification Scale) on kehitetty CP-vammaisen lapsen liikkumiskyvyn

ja osallistumiseen vaikuttavien tekijöiden arviointiin. Mittari perustuu oma-aloitteiseen liikkumiseen, painottuen istumis- siirtymis- ja liikkumistaitoihin. Luokittelun ensisijainen kriteeri on se, että eri tasojen välisten erojen tulee olla merkityksellisiä päivittäisessä elämässä. Erot perustuvat toimintakyvyn rajoituksiin, liikkumisessa käytettävien apuvälineiden tarpeeseen ja vähemmässä määrin liikkumisen laatuun. Tasolle 1 sijoittuvat lapset pystyvät liikkumaan lähes normaalin lapsen tavoin. Tasolle 2 sijoittuvilla lapsilla on jonkinlaisia rajoitteita kävelykykyynsä liittyen, mutta he pystyvät liikkumaan ilman apuvälineitä. Tasolla 3 lapsi kävelee jonkin käsillä tuettavan apuvälineen, kuten sauvojen, keppien tai kävelytelineen kanssa. Tasolla 4 lapsi tarvitsee liikkumisen apuvälineeksi jonkin vartaloa tukevan apuvälineen, kuten manuaalisen tai sähköisen pyörätuolin, mutta kykenee sen turvin liikkumaan itsenäisesti. Tasolla 5 lapsi tarvitsee liikkumiseen toisen henkilön apua. (Palisano, Rosenbaum, Bartlett & Livingston 2007.)

GMFCS -luokittelusysteemiä käytetään yleensä 0-18 -vuotiailla CP-vammaisilla lapsilla. Luokittelua on käytetty pohjoismaisissa tutkimuksissa myös CP-vammaisten aikuisten kohdalla ja se on osoittautunut validiksi ja reliaabeliksi CP-vammaisten aikuisten nykyisen ja varhaisemmassa ikävaiheessa olleen karkeamotorisen toimintakyvyn luokittelussa. GMFCS -luokitusta on oma roolinsa erityisesti tutkimuksissa eikä se ole verrattavissa esim. CP-vamman luokitteluun spastiseen, dyskineettiseen ja ataktiseen muotoon. (Invalidiliitto Ry 2010; Palisano ym. 2007.)

6.1.3 Liitännäisvammat

CP-vammaan liittyy usein erilaisia liitännäisvammoja. Noin 80 %:lla oireyhtymää sairastavista on jonkinasteinen liitännäisvamma (Suomen CP-liitto Ry, 2010). Yleisimpiä liitännäisvammoja ovat puhevammat, jotka johtuvat häiriöistä suun ja nielun liikkeissä. Oireet voivat ensimmäiseksi ilmetä syömisen ja juomisen oppimisen vaikeuksina, ja vaikuttavat myöhemmin lapsen ääntelyyn, jокelteluun ja puhumisen oppimiseen. Liikuntavammoihin liittyy usein myös tuntoaistin kehittymisen häiriöitä. Tämä vaikuttaa asentotuntoon raajoissa, joka voi vaikeuttaa liikkeiden kehittymistä ja hallintaa. (Campbell ym. 2006, 625.)

Liitännäisvammat voivat liittyä myös näkö- ja kuuloaistin ongelmiin. Silmien karsastusta on noin neljäsosalla CP-vammaisista, ja myös harmaakaihia ja taittovikoja esiintyy CP-vammaisilla lapsilla enemmän kuin muilla. Kuuloon liittyvät hahmotushäiriöt vaikuttavat kuuloärsykkeiden erottamiseen ympäristöstä. Myös kuullun ymmärtämisessä voi olla vaikeuksia. Aistien yhteistoiminnan häiriöt ovat myös CP-vammalle tyypillisiä. Epilepsia ja vaikea henkisen kehitysvamma kuuluvat myös liitännäisoireisiin; epilepsiaa sairastaa noin 30 % ja vaikeaa henkistä kehitysvammaa noin neljännes CP-vammaisista. (Suomen CP-liitto Ry 2010.) Koskinen ja Donnerin (2004, 169–170.) mukaan on kuitenkin muistettava, että muut liitännäis-

vammat, kuten puheen häiriöt, motoriset häiriöt sekä kuulovammat voivat olla syynä virheelisiin älyllisen kehitysvamman diagnooseihin.

6.2 CP-vammaisen lapsen ohjaus kuntoutuksessa

Lähtökohdat aikuisten ja lasten kuntoutuksessa ovat usein erilaiset. Aikuisten kuntoutuksessa on yleensä kyse menetetyn toimintakyvyn palauttamisesta tai asioiden uudelleen oppimisesta, kun taas lapsen kuntoutus on uusien asioiden oppimista. Lasten kuntoutuksessa on huomioitava lapsen yksilöllinen kehitys ja toimintakyky kokonaisuudessaan, jolloin lähtökohtana on kehityksen tukeminen, jotta lapsi saavuttaisi hyvän toimintakyvyn ja selviäisi mahdollisimman itsenäisesti. Lasten kuntoutus kohdistuu lapsen ja perheen hyvinvointiin ja toimintakykyyn sekä niiden edistämiseen. Tavoitteiden asettamisen ja toiminnan mielekkyyden kannalta elämänkulkuun kuuluvien muutosten, mahdollisuuksien, vaatimusten ja merkitysten selvittäminen lasten kuntoutuksessa on tärkeää. (Kuntoutussäätiö 2010.)

Lasten kuntoutuksen ajattelutavat ovat muuttuneet korostamaan yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta kehitys- ja muutosprosessissa sekä lapsen aktiivista toimijuutta toiminnan kohteena olemisen sijaan. Tällöin lasten kuntoutuksessa jokaisen lapsen tulee olla arvokas omine ominaispiirteineen, vahvuuksineen, puutteineen ja tarpeineen. Lapsi on ensisijaisesti lapsi niin perheessään, omassa toimintaympäristössään kuin arjen toiminnoissaankin. (Kuntoutussäätiö 2010.)

Kuntoutus on oppimisprosessi ja se on samankaltaista kuin kaikki muukin oppiminen. Yksilöterapiaa voidaan hyvin verrata mihin tahansa lapsen tavoitteelliseen harrastukseen. Jos lapsi käy esimerkiksi pianotunneilla, hän ei edisty, ellei hän myös harjoittele väliaikoina. Hän ei harjoittele, jos kappaleet eivät kiinnosta, ovat liian vaikeita tai jos vanhemmat eivät kannusta. Oikeantasoinen, lasta kiinnostava kappale innostaa harjoittelemaan, ja vanhempien tuki sekä edistymisen ihailu motivoivat lasta yrittämään yhä vaikeampia kappaleita. Aivan samat oppimisen, harjoittelun ja motivaation periaatteet toimivat myös kuntoutuksessa riippumatta siitä, onko lapsella oppimisen erityisvaikeus, liikuntavamma tai jokin muu ongelma. (Autti-Rämö 2008, 482.)

Lasten kuntoutuksessa on muistettava, että pienikin kehityksen poikkeavuus on huolta aiheuttava tekijä perheen elämässä. Mitä laaja-alaisemmin ongelmia esiintyy, sitä suuremmat ovat usein myös perheen odotukset kuntoutuksen suhteen. (Autti-Rämö 2008, 479.) Kuntoutusta suunniteltaessa on tärkeää asettaa selkeitä, yksilöllisiä ja realistisia tavoitteita. Yksilötasolla tavoitteiden asettamisessa on tärkeää huomioida niin lapsen, vanhempien, lapsen arkeen olennaisesti kuuluvien muiden aikuisten kuten esimerkiksi päiväkotihenkilökunnan, sekä kun-

toutuksen ammattilaisten näkemys tavoitteiden tärkeydestä ja realistisuudesta. (Autti-Rämö 2008, 481.)

Tavoitteiden saavuttaminen ei kuitenkaan ole mahdollista, elleivät ne ole tärkeitä myös lapselle itselleen. Lapsuus on minäkuvan ja itsetunnon kehittymisen aikaa, ja on hyvin tärkeää, että lapsi kokee olevansa hyväksytty juuri sellaisena kuin hän on. Lapsella on oikeus elää mahdollisimman normaalia lapsuutta, ja kuntoutus tulee integroida mahdollisimman hyvin lapsen arkeen. Lapsen kannalta tavoitteiden tulee olla merkityksellisiä ja lapsen mieltämässä ajassa saavutettavissa. Luodessaan itse itselleen haasteita on hän myös motivoitunut harjoittelemaan tavoitteisiin pääsemiseksi. Kuntoutus, jota toteutetaan, jotta lapsi saavuttaisi vanhempien tai kuntoutusryhmän asettamia tavoitteita, viestittää lapselle, ettei hän kelpaa itsenään. Tavoitteita asettaessa ja lapsen kanssa keskusteltaessa on aidosti kuunneltava lasta itseään ja mietittävä tarkasti omien sanojensa valintaa. (Autti-Rämö 2008, 481-483.)

Lapsen ja perheen monipuolisen ja tuloksellisen tukemisen edellytys on myönteinen ja luottamuksellinen yhteistyösuhde fysioterapeutin ja perheen välillä. Hyvän yhteistyösuhteen ominaispiirteitä ovat vastavuoroisuus, rehellisyys, sitoutuminen, aitous, reflektiivisyys ja yksilöllisyyden kunnioittaminen. Dialoginen vuorovaikutussuhde mahdollistaa tunteista ja voimavaroista keskustelemisen sekä tarjoaa vanhemmille mahdollisuuden aktiiviseen osallistumiseen ja päätöksentekoon. On tarpeen miettiä, miten vanhemmat voisivat omaksua aktiivisen osallistujan roolin heti alusta alkaen, jotta he eivät jäisi passiivisiksi neuvojen vastaanottajiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Vanhemmilla on paljon kysymyksiä lapsensa kehityksen suhteen. Liikuntavammaisten lasten kohdalla ensimmäisiä kysymyksiä on usein se, oppiiko lapsi koskaan kävelemään. Vanhemmat saattavat ajatella, että lapsi oppii ja kehittyy vain saamalla mahdollisimman paljon yksilökuntoutusta, mutta todellisuudessa lapsi oppii parhaiten, kun hän saa käyttää yksilöterapiassa harjoiteltua taitoa mahdollisimman aktiivisesti ja erilaisissa arjen tilanteissa. Näin yksittäisestä, terapiatilanteesta onnistuneesta suorituksesta voi kasvaa toimintakykyä parantava ominaisuus. Kuntoutuksen haasteena onkin ohjata vanhempia toteuttamaan kuntoutuksellisia harjoitteita osana arkea, jotta ne siirtyisivät osaksi lapsen arkista toimintavalikkoa. Kotona toteutettavaa harjoitusohjelmaa suunniteltaessa on tunnistettava perheen voimavarat ja pohdittava, miten orastavaa taitoa voidaan parhaiten harjoitella arjen eri tilanteissa. On tärkeä ymmärtää, että lapsen arkeen ja omaan toimintaympäristöön siirretyn harjoittelun vaikutusta ei voida koskaan saavuttaa yksilöterapian määrää lisäämällä. (Autti-Rämö 2008, 483-484.)

Koska CP-vamma ei aina tarkoita älyllistä kehitysvammaisuutta, eivät ohjausmenetelmät välttämättä eroa juurikaan terveiden lasten ohjauksesta. Toisinaan CP-vammaan liittyy älyllinen kehitysvamma tai eriasteinen näkö- tai kuulovamma, jolloin ohjauksessa on tietysti huomioi-

tava lapsen erityistarpeet. (Campbell 2006, 625-626.) Oppiakseen lapsella on oltava tietyt oppimisedellytykset, jotka terve lapsi saavuttaa normaalisti jo ennen kouluikää. Psykkisesti kehitysvammaisilla niiden kehittyminen vaihtelee laajasti riippuen kehitysvamman vaikeusasteesta sekä iästä. (Ikonen 1999, 217-218.)

Kielen kehittymisellä on suuri merkitys lapsen kognitiiviselle kehitykselle. Kielen avulla lapsi oppii erottelemaan, yleistämään sekä analysoimaan tekemiään havaintoja, muokkaamaan niitä luokiksi sekä ohjaamaan käyttäytymistään. CP-vamman vaikeuttaessa lapsen puhetta myös nämä toiminnot vaikeutuvat, mikä voi johtaa kognitiivisen kehityksen viivästymään. Mikäli puheen tuottamiseen liittyy vaikea puheen motorinen häiriö, voidaan kommunikaation tukena käyttää alkeisviittomia tai erilaisia kuvia ja merkkejä. Myös erilaiset hahmotushäiriöt ovat CP-vammaisilla yleisiä. Hahmotushäiriöisen lapsen ympäristön havainnointi on haasteellista, jolloin selkeä ympäristö helpottaa lapsen toimimista. (Ikonen 1999, 230-231)

Etenkin spastisissa CP-vamman muodoissa on tärkeää saada lapsi rentoutumaan liiallisen lihasaktivaation välttämiseksi. Harjoittelussa tavoitteena on löytää ja vakiinnuttaa oikeanlaisia liikemalleja. CP-vammainen lapsi tarvitsee paljon aikaa ja kertausta, ja lapsen on annettava tehdä asioita itsenäisesti niin paljon kuin mahdollista. Lapselle on ohjattaessa kerrottava mitä tehdään. Esimerkiksi pukiessa on hyvä käydä läpi kehon osat, vaatteet sekä liikkeet, joita lapsi tekee. Näin lapsi oppii eri asiayhteydet sekä hahmottaa kokemuksesta normaalit liikemallit. (Ikonen 1999, 230-231.)

Harjoittelu auttaa tunnistamaan omat rajat ja myös selkeyttää lapselle, mitkä harjoitukset toimivat ja mikä on realistista saavuttaa. Tämä ajatuskulku toimii jo pienen lapsen kohdalla. Kun pieni lapsi haluaa lattialla olevan lelun, hän kokeilee erilaisia keinoja päästä lelun luo. Lapselle itselleen ei ole tärkeää, miten hän etenee, vaan se, että hän pääsee lelun luo. Tämä on ymmärrettävä lasta ohjattaessa. Vaadittaessa vain normaaleja suorituksia voidaan estää kehityksen kannalta tärkeiden vaiheiden oppiminen ja viedä motivaatiota yrittämiseltä. Terapiatilanteessa on pyrittävä luomaan sellaiset olosuhteet, että yrittäminen, harjoittelu ja suorittaminen voisivat luonnostaan toteutua niin lähellä normaalia kuin mahdollista. (Autti-Rämö 2008, 481-482.)

Lapsi on herkkä aistimaan sanatonta viestintää. On tärkeää, että lapsella on tunne, että hän on tärkeä ja arvokas, ja että aikuiset kuuntelevat häntä. Lapselta itseltään on tärkeää kysyä häntä koskevista asioista. Lapselle on syytä antaa riittävästi aikaa tutustua uuteen ympäristöön ja uusiin ihmisiin, sillä lapsi ei osaa suoriutua tehtävistä nopeasti ja tehokkaasti. Hänen pitää saada myös kokea onnistumisen iloa. Jokainen lapsi on ainutkertainen, ja hänestä löytyy puolia, joita voi rehellisesti kehua ja ihailla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

6.3 Botulinumtoksiini A -injektio osana CP-vammaisen lapsen kuntoutusta

Spastisuus on motorisen toiminnan häiriö, joka johtuu ylemmän motoneuronin vaurioitumisesta. Spastisuus on yleisin CP-vammaisen liikehäiriön tyyppi. Lihaksen ollessa spastinen, sen venytysheijaste on yliärtynyt johtaen lihaksen poikkeavaan supistumiseen. Spastisuuden aiheuttama lihaksen jätneyden ja vastuksen lisääntyminen riippuu venytyksen nopeudesta ja toiminnan vaativuusasteesta. Lihaksen paikallinen venyttäminen tai muu lihakseen vieviin hermoihin vaikuttava tieto voi lisätä lihastonusta ja tämän selitetään usein johtuvan puutteellisesta inhibitiosta motorisen hermon synapsissa sekä alfa-motoneuronin lisääntyneestä ärsykeherkyydestä. (Autti-Rämö 2004, 162.)

Spastisuus ilmenee monimuotoisena kliinisenä oireistona osana ylemmän motoneuronin vauriota. Tähän kuuluu spastisuuden lisäksi synergistinen, polysynaptisesti välittyvä lihasaktiiviteetti, tahdonalaisen lihastoiminnan heikkeneminen sekä eriytyneen lihastoiminnan häiriö, joka aiheuttaa hienomotorista kömpelyyttä ja suurten lihasryhmien koordinoitavuusvaikeuksia. Lisäksi puutteellisen inhibition heikentämä vastavaikuttajalihasten yhteistyö vaikeuttaa edelleen lihaskoordinaation sujuvuutta. Spastisuuden seurauksena lihaksen kimmo-ominaisuudet muuttuvat, lihasmassa pienenee vähäisen aktiivisen käytön vuoksi ja venymiskyky heikkenee, sillä lihas on jatkuvasti lyhentyneessä tilassa. Tämä voi johtaa vähitellen pysyviin virheasentoihin ja sidekudoksen lisääntymiseen. Spastisuutta pyritään lievittämään jatkuvan ja säännöllisen fysioterapian avulla, mutta sen hoitoon käytetään myös lääkkeitä, joista yksi tunnetuimmista on botulinumtoksiini. (Autti-Rämö 2004, 163.)

Botulinumtoksiini eli botuliini on lääkeaine, jolla vaikutetaan hermon ja lihaksen välillä tapahtuvaan tiedonsiirtoon. (Autti-Rämö, 8.) Botulinumtoksiini, tunnetuimmalta kauppanimeltään Botox, on Clostridium botulinum -bakteerin tuottama hermomyrkky, jota on seitsemää eri tyyppiä (A-G). Botuliini injisoidaan lihakseen, jossa se kulkeutuu hermopäätteisiin ja estää asetyyliinikoliinin vapautumisen solusta. Tämän seurauksena lihas ei saa käskyä supistua, vaan se rentoutuu ja pitenee, ja lihaksen supistumisaktiiviteetti heikkenee. Tuhoutuneet hermopäätteet kasvavat uudestaan ja lihaksen toiminta palautuu tavallisimmin 3-6 kuukauden kuluessa. Lapsilla spastisuuden lievittämisessä käytetään tyyppi A -botuliinia. (Sätälä 2006.)

Botulinumtoksiini A-injektio on osa fysioterapeuttista kuntoutusta, jolla edistetään ja tuetaan lapsen potentiaalia liikkua. Säännöllisen fysioterapian järjestäminen injektion jälkeen vähintään kuuden viikon ajan on välttämätöntä, jotta toiminnallinen hyöty hoidosta saavutetaan. Terapia kohdistetaan taitoihin, joiden oletetaan mahdollistuvan, kun ongelmalihakset rentoutuvat. Hoidon onnistuvuuden kannalta on keskeistä potilaan valinta, oikea lihasvalinta, pistoksen ajoitus, optimaaliset tavoitteet hoidon suhteen, huolellinen jälkihoito sekä tulosten arvi-

ointi pitkällä aikavälillä. Botuliinipistoksen antaminen tulisi määritellä kullekin potilaalle yksilöllisesti kliinisen tutkimuksen ja lapsen asennon ja kävelyanalyysin sekä muun liikkumiskyvyn perusteella. Kävelyanalyysi on tärkeässä roolissa injektion kohdelihasten valinnassa. (Molenaers, Van Campenhout, Fagard, De Cat & Desloovere 2010, 185-186.)

Botuliinihoidon tavoitteena fysioterapian kannalta on agonisti- ja antagonistilihashen tasapainon saavuttaminen. Botuliinilla parannetaan potilaan harjoittelun toiminnallisuutta ja tätä kautta harjoittelun tehokkuutta. Pitkäaikainen tavoite on estää haittavaikutuksia, kuten nivelten epämuodostumia. Lihaksen tilapäinen heikentyminen avustaa lihaksen passiivista venytystä. Tärkeimpänä botuliinihoidon tavoitteena on nostaa lapsen ja vanhempien elämänlaatua parantamalla toiminnallisuutta ja sosiaalista elämää sekä vähentämällä kipuja. Botuliinihoito yhdistettynä lasten neurologiseen kuntoutukseen on aina moniammatillista tiimityötä, jossa sellaisten erityisosaajien mukanaolo, joilla on erikoistietämystä spastisen lihaksen ominaisuuksista, CP-lasten liikkumisen biomekaniikasta ja leikkaushoidon hyödyistä ja rajoituksista, on ensiarvoisen tärkeää. (Sätälä 2007.)

Spastisuuden hoidossa botuliini on vakiinnuttanut asemansa lastenneurologisessa kuntoutuksessa viimeisen viidentoista vuoden aikana. Botuliinihoito sopii lapsille, joilla muutaman lihaksen tai lihasryhmän kohonnut jännitys estää optimaalisen asennon tai liikemallin käytön. Alaraajoissa parhaimmat hoitotulokset saavutetaan alle 7-vuotiaiden lasten kohdalla, sillä tällöin lihaksiin ei ole vielä päässyt kehittymään todellista kontraktuuraa eli lyhenemää. Kasvupyrähdys voi lapsella olla nopea ja tällöin botuliini voi merkittävästi auttaa lihaksen pituuskasvua pysymään luuston kasvun vauhdissa. (Tedroff, Löwing, Haglund-Åkerlind, Gutierrez-Farewik & Forssberg 2010, 1154-1160; Autti-Rämö, 9.)

Lapsen kasvu luo omat haasteensa kuntoutukselle, erityisesti liikuntavammaisten lasten kohdalla. Lihakset kasvavat pituutta kun ne venyvät lepotilassa ollessaan, ja normaalisti lihakset kasvavatkin luiden pituuskasvun ohjaamina. Spastisilla CP-lapsilla suurena ongelmana on lihasten pituuskasvun häiriintyminen, erityisesti kahden nivelen ylittävissä lihaksissa kuten esimerkiksi pohjelihas, reiden lähentäjät ja reiden koukistajat. Spastisessa lihaksessa tapahtuu vähitellen rakenteellisia muutoksia ja lihas menettää elastisuuttaan. Tämän vuoksi lihaksensisäiset botuliini-injektiot ovat tehokas hoito lihasten kontraktuurien ehkäisemiseksi vain niin kauan kuin lihas on säilyttänyt elastisuutensa. (Autti-Rämö 2008, 486)

CP-lapsilla tehdyissä tutkimuksissa on osoitettu, että hoidettujen ala- ja yläraajalihashen spastisuuden vähenemisen lisäksi botuliini lisää nivelen aktiivista ja passiivista liikelaajuutta. Se myös lisää lapsen toiminnallisuutta ja kävelevillä CP-lapsilla parantaa nilkan asentoa ja liikettä. Yksi botuliinihoidon tunnustetuista tärkeimmistä indikaatioista on spastisen CP-oireyhtymän aiheuttama varvaskävely, johon voi liittyä lonkkien ja polvien fleksio ja usein

myös raajan kiertyminen sisään. Botuliinia käytetään myös preoperatiivisen kivun helpottamiseen sekä spasmitaipumuksen vähentämiseen. (Sätälä 2007, 49.)

Spastinen varvaskävely johtuu pohjelihaksen spastisuudesta. Botuliinin vaikutuksesta nilkan passiivinen ja aktiivinen dorsifleksio, lihasaktivaatio sekä pohkeen toiminta paranevat. (Sätälä, Pietikäinen, Autti-Rämö, Lehtonen-Räty & Koivikko 2006, 356.) Lisäksi pohkeen spastisuus vähentyy, nilkan liikelaajuus lisääntyy ja askelrytmi parantuu (Sätälä ym. 2006, 344-349). Botuliinihoito tulisi aloittaa varhain, jotta kävelymalli ja motoriset toiminnot ovat vielä muutettavissa, ja karkeamotoristen taitojen oppiminen on mahdollista. (Molenaers ym. 2010, 188-191.)

Pistoksen jälkeen alaraaja usein kipsataan, jolloin optimoidaan hoidon vaikutukset ja tuetaan uusia motorisia kykyjä, ja toiminnallisia taitoja. Tutkimukset osoittavat myös, että botuliinihoito saattaa vähentää tulevan leikkauksen monimutkaisuutta, sillä pistokset ehkäisevät kontraktuuria ja luisia epämuodostumia nuorella iällä. Botuliinihoidon jälkeen toteutettavat venytykset ovat erittäin tärkeitä kontraktuurien ehkäisemiseksi ja lihaksen kasvun edistämiseksi. Injektio alentaa lihastonusta ja mahdollistaa näin passiivisten venytyksien suorittamisen parantaen alaraajojen liikelaajuuksia. Botuliini vaikuttaa paremmin, mikäli lihasta käytetään aktiivisesti, joten hoitoa saaneiden lihasten harjoittaminen ja käyttö aloitetaan heti pistoksen jälkeen. (Love ym. 2010, 37.)

Vaikka tutkimusnäyttöä venyttelyn vaikutuksesta botuliinipistoksen jälkeen on vain vähän, tiedetään kuitenkin kokemukseen perustuen, että venyttely lisää liikelaajuuksia ja että venytyksiä on helpompi ja kivuttomampi suorittaa pistoksen jälkeen lihaksen ollessa rentoutuneena. Venyttelyä perustellaan sillä, että sen avulla liikkeiden eriyttäminen on helpompaa. Lapsen liikkuesssa normaalisti lihakset saavat venytystä jatkuvasti, mikä mahdollistaa lihaksen normaalin kasvun. Vaikka venytyksillä ei pystytä kokonaan ehkäisemään spastisen lihaksen lyhenemää, sen kehittymistä voidaan kuitenkin hidastaa. (Lastenlinna 2011.)

Botuliinihoidon hyödyt saattavat joissain tapauksissa näkyä vielä pitkään pistoksen vaikutuksen lakattua. Venytyksillä voidaan aikaansaada asento, joka mahdollistaa esimerkiksi tietynlaisten tukien käytön, mikä taas puolestaan vaikuttaa toimintakykyä edistävästi. Yleisiä ohjeita venytyksen keston tai toteutukseen on vaikea antaa, sillä jokaisen lapsen tilanne tulee huomioida yksilöllisesti. Venyttelyn pääperiaatteena on kuitenkin pitkäkestoinen venyttelytapa, venytyksen kestäessä 30 sekunnista 2 minuuttiin. Venytysasennoissa ja niiden toteutuspaikoissa tulee ottaa huomioon niiden sujuvuus ja arkeen sijoittaminen. Yleensä venyttelyt ohjataan tehtäväksi jonkin muun päivittäisen toiminnan, kuten esimerkiksi hampaiden pesun yhteyteen, jolloin ne on helppo suorittaa. Pistoksen jälkeen ohjataan yleensä sekä passiivisia että aktiivisia venytyksiä ja niiden toteuttamiseen voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä ku-

ten seisomakiilaa tai seisomatelinettä. Venytysasunnoissa ja tavoissa tulee huomioida lapsen ikä, toimintakyky ja vamman vaikeusaste. (Lastenlinna 2011.)

Vielä ei osata varmasti sanoa, voidaanko toistuvalla botuliinihoidolla vaikuttaa pidemmällä aikavälillä positiivisesti CP-lasten liikemalleihin ja ehkäistä kirurgisten toimenpiteiden tarve jopa kokonaan. Aiheesta on julkaistu muutamia tutkimuksia, ja niissä on löydetty viitteitä botuliinin ja siihen yhdistetyn kipsihoidon osuudesta kirurgisten toimenpiteiden myöhentämiseksi ja uusintaleikkausten vähentämiseksi. (Sätälä 2006.)

7 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa, jonka avulla botuliinihoidon yhteydessä tapahtuvaa fysioterapiaohjausta voidaan kehittää. Tavoitteena on kartoittaa, miten ohjaus on toteutunut HYKS:n sairaalan fysioterapeuttien ohjauksessa potilaille ja heidän vanhemmilleen kotiharjoitteita.

Tutkimuskysymykseksi on muodostunut

”Miten fysioterapeutit ohjaavat CP-vammaisia lapsia ja nuoria sekä heidän vanhempiaan sairaalassa botuliini-injektion saamisen jälkeen?”

8 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyössä on kuvattu fysioterapeuttisen ohjauksen toteutumista ohjaustilanteissa, jolloin havainnoinnin ja tutkimuksen kohteena ovat ohjaajan käyttäytyminen sekä hänen tulkintojensa ja puheensa ymmärtäminen. Opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan ihmisten käyttäytymistä heidän omasta näkökulmastaan. Se tarkastelee yksilöiden, yhteisöjen, ilmiöiden tai prosessien olemusta, eli laadullisia ominaisuuksia ja säännönmukaisuuksia niiden luonnollisessa ympäristössä. Lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja todellisuuden sosiaalisesti rakentunut luonne. Päämääränä on ihmisten käyttäytymisen ymmärtäminen, heidän tulkintojensa ja tutkittavalle ilmiölle antamiensa merkityksien hahmottaminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157; Tuomi & Sarajärvi 2002, 17-18.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen etuna on, että päästään tutkimaan sellaisia ilmiöitä ja kohderyhmiä, joita tilastomenetelmillä ei voi tutkia. (Karasti 2004.) Näin ollen kvalitatiivinen tutkimus osoittautui opinnäytetyöhön sopivaksi vaihtoehdoksi. Ohjausta ei voida tutkia validisti millään tilastomenetelmällä, sillä sen tulkitseminen numeromuotoon on lähes mahdotonta. Koska oh-

jaukseen vaikuttavat niin moni asia, on sitä järkevää tutkia kokonaisuutena, johon opinnäytetyössä on pyritty. Huomioitava on myös, että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti osiin, vaan tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan, ja onkin mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita niiden välillä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritäänkin tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157; Tuomi & Sarajärvi 2002, 17-18.)

Opinnäytetyötä tehdessä on pyritty havainnoimaan ja toteuttamaan tutkimus mahdollisimman avoimin silmin, antamatta ennakkokäsitysten ja mielipiteiden vaikuttaa analyysin etenemiseen. Yksi laadullisen tutkimuksen tunnusmerkeistä on kuitenkin tutkimuksen arvoja sisältävä luonne, joka tarkoittaa sitä, että arvot muovaavat sitä, miten ymmärretään tutkittavia ilmiöitä. Objektiviisuutta perinteisessä mielessä ei siis ole mahdollista saavuttaa, sillä tutkija, ja se mitä ”tiedetään”, kietoutuvat saumattomasti toisiinsa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157; Karasti 2004.)

8.1 Aineiston keruu

Aineistona opinnäytetyössä on käytetty jo olemassa olevaa videomateriaalia. Aineisto koostuu kolmesta videosta, joista on valittu viisi episodista. Videot ovat pituudeltaan 12,41 minuutista 28,00 minuuttiin ja niistä poimitut episodit kestävät 1,11-1,86 minuuttia. Videot on kuvattu sairaalassa Potilasohjaus-hankkeeseen liittyvän opinnäytetyön tekemisen yhteydessä vuonna 2010. Videomateriaalin ovat kuvanneet hankkeessa aiemmin mukana olleet fysioterapiaopiskelijat.

Opinnäytetyössä käytettävä videomateriaali on sekundaariaineistoa, sillä se on muiden keräämää. Suurissa projekteissa on usein analysoimatonta aineistoa, jonka käsittelystä on projektille etua, mikäli aineistolle löytyy tutkijoita. Tutkimusaineistojen keruussa on tarkoituksenmukaista kerätä aineistoa suurehkoja määriä, jottei jokaisen ongelman ratkaisemiseksi tarvitsisi kerätä aineistoa alusta alkaen. Tutkimusongelmien joihinkin osiin vastaukset voivat löytyä jo valmiiksi kerätystä materiaalista ja joskus materiaalia on kerättävä lisää ongelman ratkaisemiseksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 181.) Materiaali oli opinnäytetyön tekijöille tuntematon opinnäytetyötä aloittaessa, eikä materiaalin sisällöstä ollut juurikaan tietoa ennen sen katsomista. Opinnäytetyön nopean aikataulun sekä käyttämättömän videomateriaalin riittävän laajuuden vuoksi päätettiin käyttää jo olemassa oleva materiaali ja toivoa, että materiaalista saataisiin vastaukset tutkimuskysymykseen.

Videoille on kuvattu fysioterapeuttisia ohjaustilanteita, jotka tapahtuvat pistospäivänä botuliini-injektion antamisen jälkeen. Ohjaustilanteissa ovat mukana potilas, potilaan vanhempi

tai vanhemmat, fysioterapeutti sekä yhdessä videoista fysioterapiaopiskelija. Kolmessa eri videossa esiintyy kaksi eri fysioterapeuttia ja kolme eri potilasta. Potilaat ovat taapero-, ala-koulu- ja yläkouluikäisiä. Ohjaustilanteissa tutkitaan hoidon vaikutuksia ja keskustellaan niistä sekä käydään läpi kotiharjoitteita, niin potilaan kuin vanhempien kanssa.

Episodien valintaprosessi on aloitettu siten, että jokainen opinnäytetyön tekijöistä on katsonut videot ensin itsenäisesti ja valinnut analyysin kohteiksi useampia episodivaihtoehtoja. Kunkin opinnäytetyön tekijän katsottua videot erikseen, videot on katsottu vielä uudelleen yhdessä jolloin vaihtoehtoista on poimittu viisi episodia. Nämä samat episodit olivat jokainen opinnäytetyöntekijä poimineet omiin vaihtoehtoihinsa ja näin ollen valinnoista oltiin yksimielisiä. Episodit on valittu opinnäytetyön tekijöiden intuition perusteella. Episodien tärkein valintaperuste oli, että episodien on oltava erilaisia ja kuvattava mahdollisimman kattavasti koko materiaalilla esiintyviä fysioterapeuttisen ohjauksen tilanteita.

Havainnointia on käytetty opinnäytetyössä episodeja valitessa ja litteraatteja tehdessä sekä keskeisiä piirteitä etsittäessä. Havainnoinnilla saadaan tietoa toiminnasta, siitä miten joku käyttäytyy tai mitä jossakin tapahtuu. Tieteellinen havainnointi on tietoista tarkkailua eikä vain asioiden ja ilmiöiden näkemistä. Havainnointi voi kohdistua kielelliseen vuorovaikutukseen tai sen kohteena voivat olla laajemmat tapahtumat. Havainnoinnin avulla saadaan tietoa siitä, toimivatko ihmiset niin kuin he sanovat toimivansa. Havainnointia on pidetty tieteiden yhteisenä ja välttämättömänä perusmenetelmänä. Monilla tieteenaloilla on omat havainnointimenetelmänsä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 207-210; Saaranen-Kauppinen & Puuniekka 2006.) Työssä on tutkittu ohjauksen toteutumisen erilaisia tapoja sekä ohjausta ilmiönä. Näin havainnoimalla videoita on saatu poimittua sanallinen ohjaus sekä toimintaa, joka tapahtuu ohjauksen aikana.

Vilkan (2006, 38.) mukaan havainnointi aineiston keräämisen tapana sopii yhtä hyvin laadulliseen kuin määrälliseenkin tutkimusmenetelmään. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä havainnot löydetään tutkijan osallistuessa enemmän tai vähemmän tutkimuskohteensa toimintaan. Havainnoinnin suurin etu on, että sen avulla voidaan saada suoraa tietoa toiminnasta ja käyttäytymisestä luonnollisissa ympäristöissä. Havainnointi on erinomainen menetelmä esimerkiksi vuorovaikutuksen tutkimuksessa sanoin kuin tilanteissa, jotka ovat vaikeasti ennakoitavia. Se sopii myös silloin kun tutkittavilla on kielellisiä vaikeuksia tai kun halutaan saada tietoa, josta tutkittavat eivät halua kertoa suoraan tutkijalle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 208.)

8.1.1 Episodien valintaperusteet

Episodien valinnassa yleisesti huomion kiinnittivät fysioterapeutin tapa käyttää sanallista ohjausta tai jatkuvaa puhetta. Sanallinen ohjaus kohdistui sekä potilaisiin, että heidän vanhempiinsa. Mallintaminen ja manuaalinen ohjaaminen näkyivät videoilla, kun sanallinen ohjaus ei riittänyt, vaan potilas tarvitsi tarkennusta harjoitteeseen. Analysoitavaksi valikoitui viisi episodia, joiden valintaperusteita käsitellään seuraavaksi.

Ensimmäinen episodi kuvaa tilannetta, johon osallistuvat fysioterapeutti, potilas joka on n. 2-vuotias lapsi sekä hänen äitinsä ja isänsä. Fysioterapeutti kysyy perheeltä, tuleeko näille mieleen kysymyksiä liittyen saatuihin venytysohjeisiin. Isä esittää fysioterapeutille kysymyksen koskien hoidon vaikutuksia arkielämässä, haluten tietää voisiko spastisuuden väheneminen helpottaa esimerkiksi lapsen oloa seisomatelineessä. Kyseinen episodi valittiin tarkemman analyysin kohteeksi, sillä siinä tulee esiin tilanne, jossa botuliinihoitoa saaneen lapsen vanhemmat esittävät fysioterapeutille hoitoon liittyvän kysymyksen, johon tämä vastaa. Episodissa on potilaana pieni, taaperokäinen lapsi, jolloin ohjaus kohdentuu lähinnä potilaan vanhempiin. Episodissa myös käsitellään saadun botuliinihoidon mahdollisia vaikutuksia perheen arkeen, ja tämä on myös ohjauksen kannalta tärkeä ulottuvuus.

Toinen episodi kuvaa tilannetta, johon osallistuvat fysioterapeutti, potilas, joka on alakouluikäinen poika, sekä potilaan äiti. Ennen episodin tapahtumia ohjaustilanteessa fysioterapeutti on kysynyt potilaalta tämän tuntemuksista botuliinipistoksen jälkeen saamatta potilaalta vastausta. Fysioterapeutti yrittää kysyä uudelleen onko potilas huomannut eroa ennen ja jälkeen pistoksen ja samaa yrittää potilaan äiti. Potilas ei kuitenkaan vastaa kysymyksiin vaan tutkii satukirjaa. Tämä episodi valittiin analysoitavaksi, sillä siinä fysioterapeutti kysyy kotona tehdyistä venytyksistä sekä potilaalta että tämän äidiltä. Saatuaan epäselviä vastauksia, fysioterapeutti esittää vielä tarkentavia kysymyksiä saadakseen tarvitsemansa tiedot.

Kolmas episodi kuvaa tilannetta, johon osallistuvat fysioterapeutti, potilas joka on alakouluikäinen poika, hänen äitinsä sekä fysioterapeuttiopiskelija. Episodi alkaa tilanteessa, jossa potilas makaa selinmakuulla hoitopöydällä, polvet koukussa, tutkiskellen lastenkirjaa. Fysioterapeutti on myös hoitopöydällä, istuen polvillaan potilaan jalkojen vieressä. Fysioterapeutti pitää kiinni potilaan oikean jalan polvesta ja nilkasta, ojentaessaan tämän jalkaa suuremmaksi ilmaan. Äiti nojaa kyykyssä hoitopöytänsä, pää potilaan pään vieressä, pitäen toisella kädellään kiinni samasta satukirjasta. Kolmas episodi valittiin tarkemman analyysin kohteeksi, sillä episodin aikana fysioterapeutti tutkii itsenäisesti potilaan jalan liikeratoja kommunikoimatta potilaalle tai äidille. Fysioterapeutti myös pyytää fysioterapeuttiopiskelijaa avukseen tutkimiseen. Episodin lopussa fysioterapeutti kysyy vielä kotona tehdyistä venytyksistä potilaan äidiltä.

Neljännessä episodissa esiintyvät fysioterapeutti ja potilas, joka on yläkouluikäinen poika. He seisovat vastakkain episodin alkaessa. Fysioterapeutti yrittää episodissa löytää potilaalle sopivan venytyksen, joka tuntuu ja joka potilaan on helppo suorittaa kotona. Fysioterapeutti mallintaa tarkoittamansa venytyksen. Potilaan suorittaessa venytystä fysioterapeutti ohjeistaa samalla sekä manuaalisesti että sanallisesti. Neljäs episodi valittiin analyysin kohteeksi, sillä sen aikana fysioterapeutti ohjaa potilasta aktiivisesti koko episodin ajan. Hän ohjaa venytystä sekä sanallisesti että manuaalisesti ja kyselee potilaalta useaan otteeseen venytyksen tunteista.

Viidennessä episodissa havainnoidaan potilaan, hänen äitinsä sekä fysioterapeutin välistä ohjaustilannetta. Paikalla ovat fysioterapeutti, yläkouluikäinen potilas ja potilaan äiti. Fysioterapeutti ohjaa äidille ja potilaalle nilkan venytystä passiivisesti. Alkutilanteessa potilas istuu hoitopöydällä jalat lattialla. Äiti istuu viereisellä penkillä ja fysioterapeutti äidin vieressä välillä seisten ja välillä kyykyssä. Fysioterapeutti ohjaa äidille kotona tehtävää nilkan venytystä. Hän ohjaa äitiä käsistä pitäen samalla kun äiti tekee venytystä. Fysioterapeutti kertoo mihin suuntaan venytystä tehdään ja mistä otetaan kiinni. Samalla potilas itse kommentoi venytyksen tunnetta. Viides episodi valittiin havainnoin kohteeksi, koska episodin aikana fysioterapeutti ohjaa vahvasti äitiä venytyksen tekemisessä ja tukee näin ollen potilaan resursseja ja voimavaroja. Fysioterapeutti ohjaa potilasta ja äitiä manuaalisesti ja sanallisesti, samalla myös itse mallintaen venytystä.

8.2 Diskurssianalyysi

Sanaa diskurssi käytetään yleisesti kuvaamaan keskustelua, mutta käsitteenä se on huomattavasti monimuotoisempi (Metsämuuronen 2006, 298). Ihmisen toimintaa ohjaavat seikat ovat diskursseja ja niitä pyritään tekemään näkyviksi analyysin avulla. Näin on myös opinnäytetyössä pyritty toimimaan. Diskurssianalyysissä tarkastellaan puheen lisäksi sosiaalista todellisuutta ja ihmisten kulttuurista olemista kokonaisuudessaan. Vuorovaikutteinen ihminen luo sosiaalisella toiminnallaan diskursseja, jolloin ihmiset joutuvat tuottamaan ja luovat näin toimintakulttuurin. (Metsämuuronen 2006, 288-289.)

Perusteellisemmin diskursseja alettiin tutkia 1970 -luvulle tultaessa. Tällöin tutkimusmenetelmät olivat varsin jäykkiä ja tarvittiin menetelmiä, jotka auttaisivat ihmisiä selvittämään sen aikaisten ilmiöiden kompleksisuutta. (Metsämuuronen 2006, 310-311.) Jokinen, Juhila & Suoninen (1999, 9-10) kuvaavatkin diskurssianalyysin joukoksi tutkimusmenetelmiä, joiden avulla lisätään ymmärrystä todellisuuden muotoutumisen prosesseista. Diskurssianalyysi ei ole siis yhtenäinen ja tiukkarajainen tutkimusmenetelmä. Tämä toi haastetta opinnäytetyön tekijöille, joille metodi oli uusi ja erikoinen. Kuitenkin se antoi prosessin edetessä vaihtoehtoja erilaisten näkemysten ja havainnoitavien asioiden käsittelyyn tutkimuksen eri vaiheissa. Me-

todiin liittyviä tutkimuksia ilmestyy jatkuvasti lisää ja useimmissa käytetään erilaisia käsitejärjestelmiä. Tutkimusongelmasta riippuen tutkijalla on diskurssianalyysiä käyttäessään mahdollisuus valita erilaisia tarkastelun painopisteitä ja menetelmällisiä sovelluksia. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 17-18.) Opinnäytetyössä on analyysissa havainnoinnin kautta löydetty episodeista piirteitä, jotka on ryhmitelty isompiin ryhmiin ja lopuksi teemoihin. Tällä tavoin tärkeimmät piirteet on pystytty kokoamaan taulukkomaisesti yhteen ja saatu kokonaiskuva ohjauksesta ja sen toteutumisesta.

Diskurssianalyysi sopii menetelmäksi aina kun tutkitaan sosiaalista todellisuutta ja siinä tapahtuvaa toimintaa (Metsämuuronen 2006, 316). Tutkija pyrkii aineistoa analysoidessaan tulkitsemaan sen moniäänisyyttä ja moniselitteisyyttä ja tekemään puheavaruutta ja vuorovaikutusta ymmärrettäväksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Opinnäytetyössä tutkimus on kohdentunut nimenomaan ohjauksen toteutumiseen toiminnan ja puheen kautta, ja tästä syystä diskurssianalyysi on valikoitunut opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi.

Aineiston käsittelemistä diskurssianalyysin avulla aloittaessaan tutkija pyrkii litteroimaan puheen, äänen ja kuvan mahdollisimman tarkkaan. Tähän ei ole kuitenkaan vakiintunut tiettyä litterointitapaa ja useimmiten tutkimustehtävä määrittää litteroinnin tarkkuuden tarpeellisuuden. Videoaineistoa analysoitaessa voidaan litteraatteihin merkitä myös ei-sanalliseen viestintään kuuluvia seikkoja, kuten eleitä ja ilmeitä, jolloin tapahtuneesta vuorovaikutuksesta saa selkeämmän kuvauksen. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1999, 265-266.)

Episodien valitsemisen jälkeen ne on jaettu opinnäytetyön tekijöiden kesken ja jokainen on havainnoinut episodien tapahtumat sekä litteroinut puheen ja toiminnan. Litteraatit työssä on pyritty tekemään huolella, ja toiminta sanallisen ohjauksen ympärillä on pyritty kirjaamaan huolellisesti ylös. Tämän jälkeen litteraatit on kierrätetty muilla opinnäytetyön tekijöillä, jotka ovat katsoneet videot uudestaan ja lisänneet omat havaintonsa litteraatteihin. Jokaisesta litteraatista on koostettu lopuksi tarina, joka kertoo episodin tarkan kulun. Tarinat on kirjoitettu suoraan litteraattien pohjalta, ja kierrätetty litteraattien tapaan muilla opinnäytetyön tekijöillä jotka ovat lisänneet omat huomionsa tarinoihin. Jokainen episodi on nimetty sitä mahdollisimman hyvin kuvaavalla otsikolla. Episodien litteraatit löytyvät liitteistä 6-10 ja tarinat liitteistä 1-5. Seuraavaksi on esitetty episodista 5; ”Harjoitteen ohjaaminen potilaalle ja äidille”, tehty tarina, joka löytyy myös liitteestä 5.

”Potilaan, Äidin ja fysioterapeutin ohjaustilanne. Fysioterapeutti ohjaa äidille ja potilaalle nilkan venytystä passiivisesti. Paikalla ovat fysioterapeutti, potilaan äiti ja videoija. Videolla näkyvät fysioterapeutti, äiti sekä potilas. Materiaali kestää 1,11 sekuntia.

Potilas istuu hoitopöydällä jalat lattialla. Äiti istuu viereisellä penkillä ja fysioterapeutti äidin vieressä välillä seisten ja välillä kyykyssä. Fysioterapeutti ohjaa äidille kotona tehtävää nilkan venytystä. Hän ohjaa äitiä käsistä pitäen

samalla kun äiti tekee venytystä. Fysioterapeutti kertoo mihin suuntaan venytystä tehdään ja mistä otetaan kiinni. Samalla potilas itse kommentoi venytyksen tunnetta.”

Tämän jälkeen teksteistä on etsitty keskeisiä piirteitä, jotka kuvaavat fysioterapeuttisen ohjauksen ilmenemistä kyseisissä tilanteissa. Piirteet on poimittu litteraateista ja tarinoista kuvaten episodin päätapahtumia ja toimintaa ohjauksen näkökulmasta. Piirteisiin on pyritty nostamaan kaikki ohjauksen ilmenemistavat, joita episodista on havaittu. Kyseisestä episodista keskeisiksi piirteiksi nousivat fysioterapeutin ohjaus äidille passiivisen venytyksen suorittamiseksi sekä fysioterapeutin kysymykset potilaalle koskien venytyksen tunnetta. Tarkemmin eriteltynä piirteiksi valittiin:

Fysioterapeutti pyytää äitiä kokeilemaan venytyksen suorittamista

Fysioterapeutti ohjaa potilaan vanhempaa sanallisesti

Fysioterapeutti ohjaa potilaan vanhempaa manuaalisesti

Fysioterapeutti kysyy potilaalta, miltä venytys tuntuu

Fysioterapeutti pyytää potilaan vanhempaa kokeilemaan venytyksen suorittamista uudestaan

Koska tutkimuskysymys tässä opinnäytetyössä on kohdistunut nimenomaan fysioterapeutin toteuttamaan ohjaukseen, ei tässä kohtaa ole keskitytty potilaan tai hänen vanhempiensa toiminnan havainnointiin. Litteraateista ja tarinoista löydetty ohjauksen piirteet on lopuksi koottu yhteen ohjausta kuvaavien isojen teemojen alle. Yhteenvedo teemoista ja ohjauksen piirteistä löytyy sivulta 49.

9 Tutkimuksen tulokset

Tutkimuksen tulokset saatiin havainnoimalla viittä episodista ja ryhmittelemällä niistä nousevat ohjauksen piirteet suurempien teemojen alle. Seuraavassa on esitelty lyhyesti kunkin episodin kulku sekä selostettu episodista löytyneet ohjaukselliset piirteet. Kutakin ohjaustilannetta kuvaamaan on myös liitetty videolta poimittu still-kuva, joka on muokattu niin, etteivät siinä näkyvät henkilöt ole tunnistettavissa. Episodien Kuvauksissa merkintä FT tarkoittaa fysioterapeuttia, P potilasta sekä ÄITI ja ISÄ potilaan vanhempia.

9.1 Episodi 1: Keskustelu hoidon vaikutuksista

Episodi alkaa tilanteesta, jossa fysioterapeutti ja äiti istuvat lattialla vierekkäin, potilas maka selällään patjalla lattialla ja isä istuu äidin vieressä jakkaralla nojaten polviinsa (kuva 4). Fysioterapeutti kysyy perheeltä, tuleeko näille mieleen kysymyksiä liittyen saatuihin veny-

tysohjeisiin. Isä esittää fysioterapeutille kysymyksen koskien hoidon vaikutuksia arkielämässä, haluten tietää voisiko spastisuuden väheneminen helpottaa esimerkiksi lapsen oloa seisomatelineessä. Fysioterapeutti osoittaa vastauksen molemmille vanhemmille, ja kertoo, että mikäli lapsen seisomatelineessä kokema epämukavuus johtuu jalan huonosta asennosta ortoosissa, niin vaikutuksia tällaisessakin asiassa saatetaan nähdä. Isä toteaa, että tällaisia asioita on tarkoitus nyt hoidon jälkeen seurata. Fysioterapeutti puhuu siitä, että koska kyseessä on tämän lapsen ensimmäinen botuliinihoito, on mielenkiintoista seurata millä kaikilla tavoilla lapsi hoidosta hyötyy. Fysioterapeutti kertoo myös, että jos lapsen tilanteessa ilmenee jotain uutta, niin on syytä miettiä voiko se johtua saadusta hoidosta.



Kuva 4: Fysioterapeutti keskustelee botuliinihoidon vaikutuksista

Episodista löydetty piirteet ovat:

Fysioterapeutti kysyy, onko perheellä kysyttävää pistokseen tai venyttelyohjeisiin liittyen

Tästä esimerkkinä on suoraan videolta tehty puheen litteraatio:

FT: Tuleeks teille mieleen jotain...

FT: Kysymystä tähän liittyen

Fysioterapeutti pohtii hoidon vaikutusta arkeen

Videolla fysioterapeutti osoittaa vastauksen molemmille vanhemmille, ja kertoo, että mikäli lapsen seisomatelineessä kokema epämukavuus johtuu jalan huonosta asennosta ortoosissa, niin vaikutuksia tällaisessakin asiassa saatetaan nähdä. Esimerkkinä puheen litteraatio:

FT: Siis vois olettaa sillä tavalla et jos esimerkiksi se niinku seisomaelineessä et hän sentakii alkaa kokee niinku epämukavuutta,
 ISÄ: Nii
 FT: Et se jalka alkaa siel ortoosissa vääntyy pahaan asentoon
 ISÄ: Mmm, niin niin niin joo
 FT: Ja, niin, sillä tavalla vois nyt aatella et semmoseski asiassa näkys sitte

Fysioterapeutti kehottaa perhettä seuraamaan hoidon vaikutuksia

Tässä kohdassa fysioterapeutti puhuu siitä, että koska kyseessä on tämän lapsen ensimmäinen botuliinihoito, on mielenkiintoista seurata millä kaikilla tavoilla lapsi hoidosta hyötyy:

FT: (katsoo isää) Joo, ja se on tosi kiva
 ÄITI: (katsoo ft:a)
 FT: nyt varsinki (kääntää katseensa V:hen) ku on eka kerta ni näkis tavallaan
 ÄITI: (katsoo V:ta)
 FT: et minkälaisii asioita on

Fysioterapeutti kertoo myös, että jos lapsen tilanteessa ilmenee jotain uutta, niin on syytä miettiä voiko se johtua saadusta hoidosta:

FT: et tietysti sit jos on jotain semmosiaki
 ÄITI: (katsoo ft:a)
 FT: niinku vaikut- tai jotenki jos tulee jotain semmosta yllättävää uutta, ni aina voi tietysti kysyä (katsoo vanhempia) et voiks se niinku liittyä
 P: Aaaa
 ÄITI: (katsoo P:sta)
 FT: siihen että.

Episodin olennaisimpia piirteitä ovat fysioterapeutin kysymys siitä, onko perheellä vielä kysyttävää, fysioterapeutin sanallinen pohdinta hoidon vaikutusten näkymisestä arjessa sekä kehoitus perheelle seurata hoidon vaikutuksia. Episodilla näkyvä fysioterapeuttinen ohjaus sisältää lähes pelkästään sanallisen ohjauksen elementtejä. Sanallinen ohjaus mahdollistaa välittömän keskustelun ja asioiden kertaamisen sekä asiakkaan kysymyksiin vastaamisen.

9.2 Episodi 2: Haastatteleminen tehdyistä venytyksistä

Episodi alkaa tilanteessa, jossa potilas on hoitopöydällä päinmakuulla kyynärnojassa ja selaa satukirjaa. Fysioterapeutti istuu hoitopöydän reunalla pitäen kiinni potilaan koukussa olevasta jalasta. Potilaan äiti on kyykyssä potilaan etupuolella nojaten hoitopöytään (kuva 5). Fysioterapeutti kertoo ääneen edellisen botuliinihoidon jälkeistä tilannetta ja kysyy potilaalta millaisia venytyksiä kotona on tehty. Potilas ei vastaa vaan jatkaa satukirjan tutkiskelua. Fysioterapeutti kysyy samaa äidiltä, ja tämä vastaa kertoen miten arki-illat yleensä kuluvat. Fysioterapeutti kysyy vielä uudelleen, tarkentaen millaisia venytyksiä kotona on tehty.



Kuva 5: Fysioterapeutti haastattelee potilasta

Episodista löydetyt piirteet ovat:

Fysioterapeutti kertoo botuliinihoidon vaikutuksia

Tämä näkyy videolla tilanteessa, jossa fysioterapeutti tunnustelee toisella kädellään potilaan oikean jalan pohjetta ja kertoo ääneen edellisen botuliinihoidon jälkeistä tilannetta kohdistuen puheensa potilaan äidille. Fysioterapeutin puheesta saa sen käsityksen, että hän ikään kuin kysyy äidiltä miten potilaan nilkka on reagoinut edelliseen hoitokertaan. Puheessa tämä näkyy seuraavasti:

FT: Mä ymmärsin et se meni aika kivasti niinku sen viime Botoxin jälkeen (katsoo äitiä)

Ä: Joo

FT: Meni passiivisesti koukkuun

Ä: Joo
 FT: Ja sit se rupes kiristyy siitä

Fysioterapeutti kysyy kotona tehdyistä venytyksistä

Fysioterapeutti kysyy potilaalta:

FT: Tiedätsä mitä mä haluaisin P sit tietää et minkälaisii venytyksiä te ootte tehny (katsoo potilaaseen) Ootteks te tehny silleen et sä oot tehny (kääntää katseensa äitiin) yksin jotain venytyksii vai onks äiti ollu avustamassa?

Fysioterapeutti jatkaa pohkeen tunnustelua samalla painaen nilkkaa edelleen. Fysioterapeutti katsoo puhuessaan potilaan jalkaa. Potilas ei kuitenkaan reagoi mitenkään kysymykseen vaan jatkaa satukirjan tutkiskelua. Fysioterapeutti kääntää katseensa äitiin:

ÄITI: Jotai tollasta ja sitten mitä se nyt koulun jälkeen mää oon sille A:lle (potilaan kouluavustaja) sanonukki että koulun jälkeen kun me saadaan ne läksyt kahes tunnissa tehtyy sit loppujen lopuks ni siinä sit venytellään ni se lähtee ulos potkulaudan kans ni siinä on sille sit venytystä (katsoo fysioterapeuttia)

FT: Joo just.

ÄITI: Lomilla ja viikonloppusin

Äiti jatkaa vielä puhumista, jolloin fysioterapeutti keskeyttää puheen pitäen katsekontaktin äitiin. Samalla fysioterapeutti taputtaa kädellään potilaan oikean jalan reiden takaosaa mallintaen venytettävää kohtaa:

FT: Mut sä oot venyttäny niinku itte just tätä nilkkaa ootko myös tätä niinku reiden takaosaa (katsoo äitiä)

ÄITI: Ei me sitä

FT: Nilkkaa lähinnä

ÄITI: Nii

Episodin olennaisimpia piirteitä ovat fysioterapeutin sanallinen kertaaminen botuliinihoidon vaikutuksia koskien sekä toistuvat kysymykset kotona tehdyistä venytyksistä. Episodissa fysioterapeutti on paljon äänessä ja yrittää saada sekä potilaalta että tämän äidiltä vastauksia kysymyksiin venytyksistä, joita heidän oli määrä tehdä kotona ennen tapaamista. Koska potilas ei vastaa kysymykseen, kohdistaa fysioterapeutti puheensa äidille. Äidin antamia vastauksia tarkentaakseen fysioterapeutti mallintaa potilaan jalkojen avulla venytettäviä kohtia ja

kysyy uudelleen venytyksistä. Haastattelun avulla fysioterapeutti voi saada lisätietoa venytteen laadusta ja määrästä kotona. Tiedon avulla fysioterapeutti voi saada lisätietoa kotona tehtyjen venytysten vaikutuksesta potilaan jalkojen liikkuvuuteen.

9.3 Episodi 3: Liikkuvuuksien tutkiminen ja haastattelu

Episodi alkaa tilanteesta, jossa potilas makaa selinmakuulla hoitopöydällä, polvet koukussa, tutkiskellen lastenkirjaa. Fysioterapeutti on myös hoitopöydällä, istuen polvillaan potilaan jalkojen vieressä. Fysioterapeutti pitää kiinni potilaan oikean jalan polvesta ja nilkasta, ojentaessaan tämän jalkaa suoremaksi ilmaan. Äiti nojaa kyykyssä hoitopöytään, pää potilaan pään vieressä, pitäen toisella kädellään kiinni samasta satukirjasta (kuva 6). Potilas lukee äitinsä kanssa satukirjaa ja fysioterapeutti tutkii potilasta. Myöhemmin tilanteeseen tulee mukaan myös fysioterapiaopiskelija, jonka fysioterapeutti pyytää avukseen tutkimustilanteeseen.



Kuva 6: Fysioterapeutti tutkii liikkuvuuksia

Episodista löydetyt piirteet ovat:

Fysioterapeutti pyytää apua tutkimiseen

Potilas ja äiti jatkavat kirjan tutkimista ja fysioterapeutti koukistaa potilaan molemmat jalat pitäen käsillään kevyesti potilaan molemmista polvista kiinni ja hakee katseellaan fysioterapiaopiskelijaa, jota pyytää tulemaan avuksi potilaan vasemman jalan suorassa pitämiseksi. Fysioterapeutti ravistaa kevyesti potilaan vasemman jalan polvesta osoittaakseen fysiotera-

peuttiopiskelijalle, mistä pitää kiinni. Opiskelija tulee videokuvan ulkopuolelta ja ottaa molemmilla käsillään kiinni potilaan vasemman jalan polvesta istuen samalla plintin reunalle.

FT: Viitiks tulla jeesaa vaikka, jos sä pidät tosta kiinni (Ft-opiskelija istuu plintin reunalle ja pitää kiinni pt:n vasemman jalan polvesta. Ft jatkaa oikean jalan ojentamista suuremmaksi)

FT: Katotaan mitä tulee

Fysioterapeutti tutkii potilaan jalkaa

Fysioterapeutti jatkaa oikean jalan liikeradan tutkimista ojentaen jälleen jalkaa suoraksi kohti kattoa. Potilas huudahtaa ja katsahtaa nopeasti fysioterapeuttia. Fysioterapeutti reagoi huudahdukseen katsomalla potilasta ja koukistaen samalla potilaan oikean jalan takaisin koukkuun. Puheessa tilanne ilmenee seuraavasti:

P: Ai! (huudahtaen)

FT: Rupee tuntuu jo niinkö

FT: Joo-o mä huomaan et rupee

Potilas kääntää katseensa fysioterapeutin puhuessa takaisin kirjaan. Äiti aloittaa kirjan lukemisen ääneen, jolloin fysioterapeutti sanoittaa tekemistään samalla, kun ojentaa potilaan vasemman jalan suoraksi. Opiskelija painaa käsillään potilaan vasenta jalkaa alustaa vasten kädet säären ja reiden päällä polven läheisyydessä. Fysioterapeutti kannattelee potilaan oikeaa jalkaa noin suorassa kulmassa ilmassa ja koukistaa nilkkaa useita kertoja nopeasti koukkuun pitäen jalkaterästä kiinni. Samalla hän puhuu hiljaisemmalla äänellä katse kiinnittyneenä potilaan oikean jalan pohkeeseen.

Fysioterapeutti kysyy kotona tehdyistä venytyksistä

Episodin loppupuolella fysioterapeutti raapii otsaansa, koukistaa jälleen potilaan oikean jalan aivan koukkuun ja kohdistaa katseensa äitiin.

FT: Nyt mää keskeytän teidän lukuhetkee tässä samalla

Äiti katsoo fysioterapeuttia nojaten edelleen samassa asennossa plinttiin, leuka tyynyllä. Fysioterapeutti nostaa potilaan oikean jalan ilmaan kannatellen sitä koukussa käsillään ja kysyy äidiltä miten he ovat tehneet venytyksiä kotona, johon äiti vastaa:

Ä: Nii no sillee et ku se on rauhallinen

Opiskelija on kääntänyt katseensa äitiin ja potilas katselee edelleen kirjaa. Fysioterapeutti toistaa äidin sanoja ääneen ja kysyvästi sanoo:

FT: Eli, eli sä oot

Ä: No miten päin se nyt vaan sattuu olemaan

Ä: Et sit tätä on ihan turha niinku väkisin ruveta jos se ei halua nii se ei kans

Äiti kohdistaa katseensa opiskelijaan ja fysioterapeutti katselee potilaan oikeaa jalkaa, jota kannattelee edelleen. Äiti kääntää katseensa uudestaan fysioterapeuttiin, joka katsoo äitiä ja mallintaa venytysasentoa painaen potilaan oikean jalan nilkkaa koukkuun samalla vasemmalla kädellä tukien potilaan oikean jalan reidestä polven yläpuolelta. Fysioterapeutti sanoittaa kysyvästi venytysasentoa hakien äidiltä vastausta tapaan, jolla he ovat kotona tehneet venytyksiä. Äiti nyökkäilee ja vastailee joo katselleen fysioterapeutin toimintaa. Potilas jatkaa edelleen kirjan katselemista ja opiskelija seuraa keskustelua kyykyssä nojaten käsivarsillaan plinttiin.

Episodin olennaisimpia piirteitä ovat fysioterapeutin avunpyyntö opiskelijalle, potilaan jalkojen tutkiminen sekä kysymykset kotivenytyksiä koskien. Tutkimisen aikana fysioterapeutti puhuu hiljaisella äänellä, kiinnittämättä näkyvästi huomiota potilaan ja äidin tekemisiin. Fysioterapeutin puheesta ei juurikaan saa selvää, mutta vaikuttaa siltä, että hän puhuu fysioterapeuttiopiskelijalle. Opiskelija ei vastaa puheeseen, eivätkä potilas tai äiti kiinnitä näkyvästi huomiota fysioterapeutin suorittamaan tutkimiseen. Liikkuvuuksia tutkimalla fysioterapeutti voi saada lisätietoa botuliinihoidon sekä kotona tehtyjen venytyksien vaikutuksista jalan toimintaan.

9.4 Episodi 4: Aktiivisen harjoitteen ohjaaminen

Episodin alkaessa potilas ja fysioterapeutti seisovat vastakkain. Fysioterapeutti yrittää episodissa löytää potilaalle sopivan venytyksen, joka tuntuu ja joka potilaan on helppo suorittaa kotona. Kuten kuvassa 7. näkyy, fysioterapeutti mallintaa tarkoittamansa venytyksen, ja ohjaa potilasta sanallisesti ja manuaalisesti.



Kuva 7: Fysioterapeutti ohjaa venytystä manuaalisesti

Episodista löydetty piirteet ovat:

Fysioterapeutti mallintaa venytystä

*FT: ootsä tehny sitte
mä ajattelin et jos tekisit viel jotai tämmöstä
et et tavallaa mä voin näyttää sulle jos siirryt pikkasen*

Fysioterapeutti siirtyy seinän viereen ja näyttää potilaalle pohkeen venytyksen oikea jalka takana nojaten seinään. Potilas siirtyy samalla muutaman askeleen taaksepäin ja fysioterapeutti täsmentää venytystä vielä sanallisesti.

Fysioterapeutti pyytää potilasta kokeilemaan venytystä

Potilas toteaa venytyksen olevan tuttu, ja että näin on varmaan neuvottu tekemään aiemmin:

*P: toi on kyl tuttu
se on varmaa sanonu mulle et pitäis tehäki noi
Tämän jälkeen fysioterapeutti siirtyy seinän vierestä pois potilaan taakse ja pyytää potilasta kokeilemaan.*

Fysioterapeutti ohjaa venytystä sanallisesti

Tarkempi ohjaaminen sanallisesti näkyy seuraavasti:

Potilas kysyy kumpi jalka on edessä ja fysioterapeutti vastaa ja näyttää samalla harjoitteen uudestaan potilaan vieressä:

P: siis mikä oli edes
FT: sul on se vasen jalka siinä edessä
sä voit viedä sen aika tonne etee
nyt vasemman jalan etee
pistät vasemman jalan polven koukkuun

Fysioterapeutti ohjaa venytystä manuaalisesti

Fysioterapeutti siirtyy kyykkyyyn potilaan taakse, ottaa potilaan oikeasta nilkasta kiinni ja ohjaa kantapäästä kohti lattiaa. Fysioterapeutti kehoittaa potilasta tuomaan vasenta jalkaa eteenpäin kohti seinää. Samalla hän ohjaa potilasta manuaalisesti polvesta ja nilkasta, joita painaa kohti lattiaa. Fysioterapeutti ohjaa venytystä tehtäessä lähes koko ajan sanallisesti potilasta:

FT: sä voit tuoda vähän eteenpäi tota jalkaa
noi
ja sit sä yrität painaa tästä
sä pistät tota koukkuu
ja yrität painaa tätä jalkaa tänne alas

Fysioterapeutti muuttaa ohjaustaan potilaan tuntemuksien mukaan

Venytyksen näyttäessä oikealla fysioterapeutti kysyy potilaalta saako hän tuntumaan venytyksen. Potilas vastaa ettei saa nyt venytystä tuntumaan. Fysioterapeutti toteaa vielä lopuksi potilaalle ettei venytys tunnu tässä, johon potilas vastaa epämääräisellä hymähdyksellä. Fysioterapeutti pyytää potilasta kokeilemaan vielä uudestaan ja ohjaa samalla potilasta polvesta ja nilkasta oikeaan suuntaan. Potilaan ollessa selkä kyyryssä fysioterapeutti nousee kyykystä ja nostaa käsin potilaan oikeaan asentoon selkä suoraksi. Fysioterapeutti kysyy potilaalta samalla saako tuntumaan venytystä. Potilas vastaa ettei venytystä tunnu. Fysioterapeutti ottaa potilasta kiinni lantiosta ja ohjaa painoa eteenpäin. Tämän jälkeen terapeutti siirtyy kyykkyyyn takaisin potilaan taakse ja ottaa oikeasta kantapäästä ja pohkeen yläosasta kiinni ja painaa niitä lattiaa kohti. Fysioterapeutin kysyessä venytyksen tunnetta potilas vastaa ettei tunne sitä vieläkään. Fysioterapeutti toteaa, että potilaalla pitäisi olla ilmeisesti paino jalan päällä, jotta venytys tuntuisi. Hän kuitenkin pyytää potilasta kokeilemaan venytystä vielä. Samaan aikaan fysioterapeutti ohjaa potilasta lantiosta taaksepäin painon saamiseksi jalan päälle riittävästi. Potilas ei kuitenkaan saa venytystä tuntumaan.

Fysioterapeutti valitsee potilaalle sopivan venytyksen

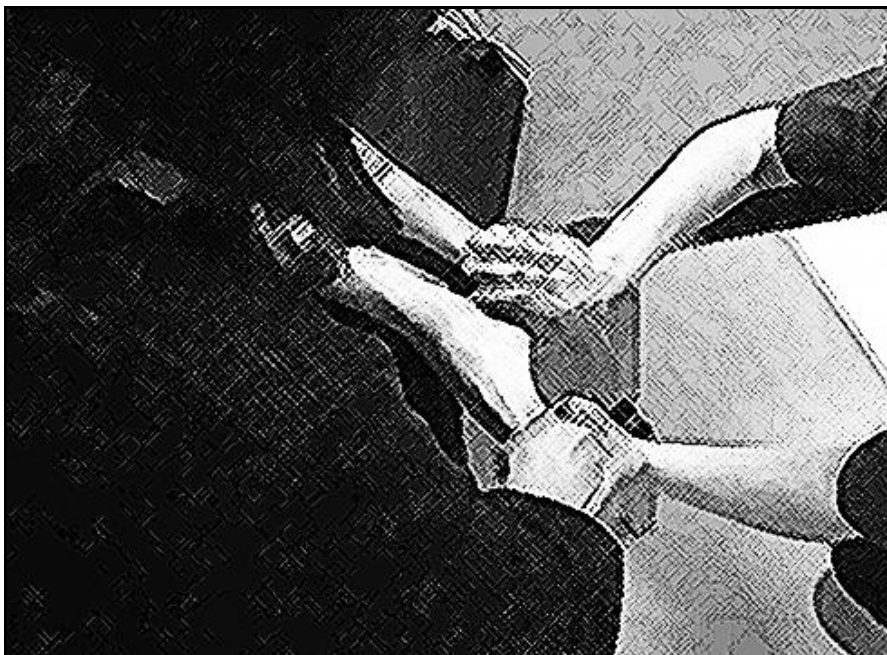
Fysioterapeutti toteaa venytyksen jälkeen, että edellinen venytys oli tuttu. Näin fysioterapeutti tekee päätöksen lopettaa venytykset ja toteaa edellisen venytyksen olevan potilaalle sopiva.

<i>FT.</i>	<i>Joo</i>
	<i>joo mut toi oli hyvä toi äskeine</i>
	<i>sä et varmaa saa toho nii paljo sitä venyvyyttä ja painoo</i>
	<i>joo se tarviis painon siihe päälle</i>
<i>P:</i>	<i>nii</i>
<i>FT:</i>	<i>Mut toi yks mikä tehtii ni se on sulle ainaki tuttu venytys</i>

Episodin olennaisimpia piirteitä ovat venytyksen mallintaminen, kehoitus potilaalle kokeilla venytystä, sanallinen ja manuaalinen ohjaus sekä ohjauksen mukauttaminen tilanteen mukaan ja potilaalle parhaiten soveltuvan venytyksen valinta. Tässä episodissa fysioterapeutti käyttää niin sanallista, visuaalista kuin manuaalistakin ohjausta saadakseen potilaan toteuttamaan venytyksen oikealla tekniikalla. Ohjaustaan muokkaamalla fysioterapeutti yrittää edelleen löytää keinoja, joilla potilaalle löydettäisiin juuri hänelle parhaiten sopiva harjoite.

9.5 Episodi 5: Harjoitteen ohjaaminen potilaalle ja äidille

Episodissa näkyvään ohjaustilanteeseen osallistuvat fysioterapeutti, yläkouluikäinen potilas ja potilaan äiti. Fysioterapeutti ohjaa äidille ja potilaalle nilkan passiivista venytystä. Alkutilanteessa potilas istuu hoitopöydällä jalat lattialla. Äiti istuu viereisellä penkillä ja fysioterapeutti äidin vieressä välillä seisten ja välillä kyykyssä. Fysioterapeutti ohjaa äidille kotona tehtävää nilkan venytystä. Kuvassa 8 hän ohjaa äitiä käsistä pitäen samalla kun äiti tekee venytystä.



Kuva 8: Fysioterapeutti ohjaa äitiä manuaalisesti venytyksen tekemisessä

Episodista löydetyt piirteet ovat:

Fysioterapeutti pyytää äitiä kokeilemaan venytyksen suorittamista

Fysioterapeutti pyytää potilaan äitiä kokeilemaan venytystä, äiti siirtyy potilaan viereen penkille istumaan, ottaa potilaan nilkasta kiinni ja tekee harjoitteen. Fysioterapeutti kysyy, miten äiti kokee venytyksen toteuttamisen:

*FT: Kokeileksä vaikka
miltäs se tuntuu
onks se maholline*

Fysioterapeutti ohjaa potilaan vanhempaa sanallisesti

Äidin kokeillessa harjoitetta potilaalle, fysioterapeutti asettuu kyykkyyyn äitiä vastapäätä ja ohjeistaa äiti sanallisesti katsoen lopuksi potilaaseen.

*FT: nappase niiku nyrkkiin
just ihan toho nyrkkiin
laita vielä tännepäi toho toi kantaluun*

Fysioterapeutti ohjaa potilaan vanhempaa manuaalisesti

Fysioterapeutti käyttää manuaalista ohjausta tukena seuraavasti:

Fysioterapeutti ottaa potilaan nilkasta kiinni äidin kanssa yhtä aikaa ja näyttää venytyksen suunnan ja vahvuuden ottaen omilla käsillä äidin käsistä ja oikeasta kohdasta kantapäätä ja jalkapöytää kiinni.

*FT: ja sit mä otin iha tästä niiku ympäri kiinni
sit mä lähen niiku vetää näitä erilleen
ja sit vielä vähäse sinne ulospäi
tuleeko tuntumaa
irvistit ainaki joo*

Fysioterapeutti kysyy potilaalta, miltä venytys tuntuu

Potilas irvistää fysioterapeutin tehdessä harjoitetta. Fysioterapeutin asettaman kysymyksen jälkeen potilas kuvaa tuntemustaan äidille ja fysioterapeutille. Potilas kokee tuntemuksen liian kovana ja kertoo sen pistävän nilkkaan. Äiti hymähtää ja fysioterapeutti keventää venytystä. Fysioterapeutti kysyy myös kokemusta harjoitteesta äidiltä, johon äiti nyökkää ja hymähtää. Lopuksi fysioterapeutti toteaa, että tuntemus on pienestä kiinni ja pyytää näyttämään potilasta tuntemuksen tarkan kohdan nilkassa.

P: sä otit vähä liia kovaa ku se alkaa pistää täältä
ÄITI: (hymähdys)
P: noi
FT: kyllä se oli pienestä kii, (naurahdus)
tuleeko tuntumaa
P: (hymähdys)
joo tulee mut se
se niiku
tää kohta (näyttää nilkasta nilkan ulkosyrjän yläkulmaa)
FT: okei
joo
ÄITI: joo
FT: sä oot hyvä mittari sanoo
tuntuuko se
P: nii
P: (puhetta päällekin, ei saa selvää)
FT: ei tunnu tai nyt tuntuu
P: nii
FT: tuntuuks toi sust iha ookoolle tehdä

Fysioterapeutti pyytää potilaan vanhempaa kokeilemaan venytyksen suorittamista uudestaan

Fysioterapeutti pyytää äitiä ja potilasta laskemaan nilkan rennoksi. Tämän jälkeen äiti laskee nilkasta irti ja fysioterapeutti pyytää äitiä toistamaan harjoituksen vielä kerran.

*FT: joo sit voi päästää rennoks
otetaaks
joo
päästä vaan rennoks ni otetaa kerran vielä*

Episodin olennaisimpia piirteitä ovat potilaan vanhemman ohjaaminen sanallisesti ja manuaalisesti, sekä potilaan tuntemusten kysyminen. Episodissa fysioterapeutti ohjaa potilaan vanhempaa passiivisen venytyksen toteuttamisessa käyttäen samankaltaisia keinoja kuin ohjatesaan aiemmin aktiivista venytystä potilaalle.

9.6 Yhteenveto tuloksista

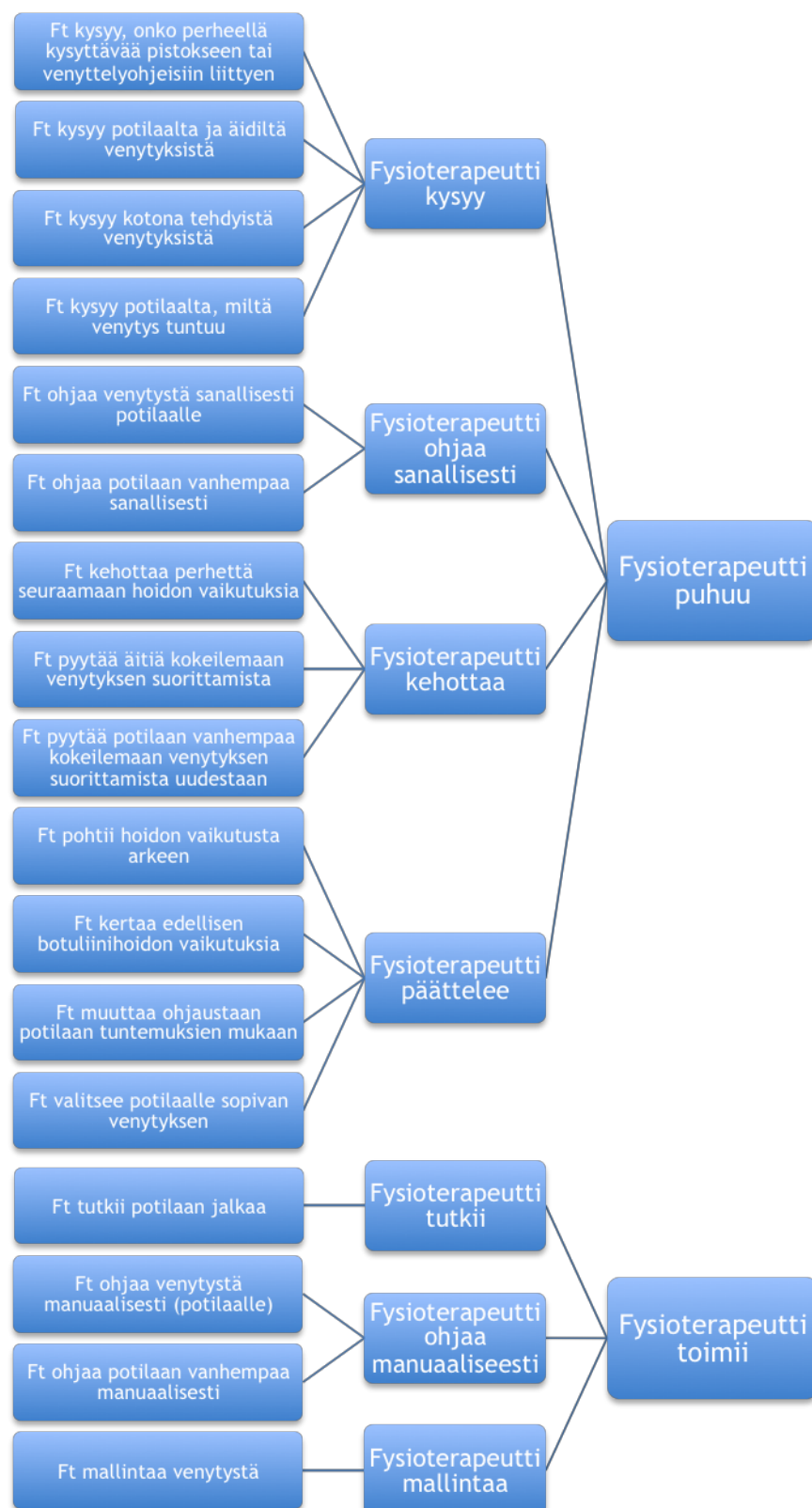
Viidestä eri episodista löytyi yhteensä 19 ohjausta kuvaavaa piirrettä. Olennaisena ohjauksen elementtinä koko materiaalista nousi esille fysioterapeutin esittämät kysymykset, jotka koskivat esimerkiksi perheen mahdollista lisätiedon tarvetta, aiempaa kotiharjoittelua sekä potilaan tuntemuksia harjoitteita valittaessa. Esiin nousi myös fysioterapeutin sanallinen pohdiskelu, joka koski hoidon vaikutuksia sekä potilaalle parhaiten soveltuvan harjoitteen valintaa. Näkyvää oli myös niin sanallisten, visuaalisten kuin manuaalistenkin ohjausmenetelmien käyttö sekä potilasta itseään että hänen vanhempiaan ohjattaessa.

Episodeista löytyneet piirteet voidaan ryhmitellä erilaisten teemojen alle. Teemoiksi on tässä opinnäytetyössä valittu ”Fysioterapeutti puhuu” ja ”Fysioterapeutti toimii”. Kuviossa 8 piirteet on ryhmitelty kaavion muotoon.

Teema ”Fysioterapeutti puhuu” on jaettu neljään osaan. Teeman ensimmäinen osa koostuu fysioterapeutin esittämistä kysymyksistä sekä potilaalle että tämän vanhemmille. Episodeissa fysioterapeutti kysyy perheeltä onko heillä kysyttävää pistokseen ja venyttelyohjeisiin liittyen, kotona tehdyistä venytyksistä, sekä venytyksen tuntumisesta. Teeman toinen osa ”Fysioterapeutti ohjaa sanallisesti” sisältää potilaan vanhempien ohjauksen sekä venytyksien ohjaamisen potilaalle. Kolmas osa ”Fysioterapeutti kehottaa” sisältää kehotuksen vanhempien osallistumiseen venytyksien suorittamiseen ja hoidon vaikutusten seuraamiseen. Teeman viimeisessä osassa fysioterapeutti päättelee edellisen botuliinihoidon vaikutuksia ja pohtii hoidon vaikutuksia potilaan arkeen. Lisäksi fysioterapeutti muuttaa ohjaustaan potilaan tuntemuksien mukaan sekä valitsee potilaalle mielestään sopivan venytyksen.

Toinen valittu teema "Fysioterapeutti toimii" koostuu kolmesta osasta. Ensimmäisessä osassa fysioterapeutti tutkii potilaan jalkaa manuaalisesti ja havainnoimalla. Toinen osa "Fysioterapeutti ohjaa manuaalisesti" sisältää venytyksen ohjaamisen potilaalle manuaalisesti sekä potilaan vanhemman ohjaamista manuaalisesti venytyksen suorittamisen helpottamiseksi. Kolmannessa osassa fysioterapeutti mallintaa venytystä sekä potilaalle että vanhemmille.

Tulokseksi saatiin, että fysioterapeutit ohjaavat CP-vammaisia lapsia ja nuoria sekä heidän vanhempiaan sairaalassa botuliini-injektion saamisen jälkeen käyttäen puhetta; kysymällä, ohjaamalla sanallisesti, kehottamalla ja pääättelemällä, sekä käyttäen toimintaa; tutkimalla, mallintamalla sekä ohjaamalla manuaalisesti.



Kuva 9: Episodeista havainnoidut piirteet ryhmiteltyinä teemoiksi

10 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe valikoitui opinnäytetyön tekijöille Potilasohjaus fysioterapiassa - hankkeen kautta. Aiemmistä opinnäytetöistä oli jäänyt työstämättä videomateriaalia, jota hankkeessa toimivat henkilöt toivoivat käytettävän tutkimuksessa. Aihe tarkentui aiesopimuksen ja suunnitelmavaiheen jälkeen, kun työryhmä sai aineiston käyttöönsä. Tutkimuskysymyksen asettelu oli suunnitelmavaiheessa haasteellista, koska työryhmä ei ollut vielä nähnyt aineistona toimivaa videomateriaalia. Tutkimussuunnitelmaa työstäessään tekijät kokosivat teorial tietoa mahdollisimman monipuolisista ja luotettavista lähteistä opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen keskeisten käsitteiden pohjalta.

Tutkimusmetodin valinta oli opinnäytetyön tekijöille haastavaa, koska heillä ei ollut aiempaa kokemusta videomateriaalin käyttämisestä aineistona. Hankkeessa toimivien henkilöiden suosituksesta tutkimusmetodiksi valikoitui diskurssianalyysi. Diskurssianalyysi mahdollisti havainnoinnin käytön aineistoa työstettäessä, mutta toi myös lisähaastetta, sillä yksiselitteisiä ohjeita tämän tutkimusmetodin käytöstä ei ollut saatavilla.

Havainnoinnissa oli alun perin tarkoituksena käyttää strukturoitua havainnointilomaketta ja havainnointi oli tarkoitus keskittää pelkästään fysioterapeuttisiin ohjausmenetelmiin. Tämän ajateltiin kuitenkin kaventavan näkökulmaa liiaksi ja havainnointi päätettiin toteuttaa avoimena havainnointina kohdentuen ohjaustilanteisiin yleisesti.

10.1 Tulosten pohdinta

Saatuja tuloksia tarkasteltaessa opinnäytetyöntekijöiden huomio kiinnittyi ensimmäiseksi siihen, ettei tutkimustyö varsinaisesti tuottanut uutta tietoa. Tulokset olivat jokseenkin ennakkokäsitysten mukaisia, ja aineistosta havainnoidut fysioterapeuttisen ohjauksen keinot yleisesti tunnettuja ja käytettyjä. Havainnoinnin suurin etu on, että sen avulla voidaan saada suoraa tietoa toiminnasta ja käyttäytymisestä luonnollisissa ympäristöissä. Havainnointi on erinomainen menetelmä esimerkiksi vuorovaikutuksen tutkimuksessa sanoin kuin tilanteissa, jotka ovat vaikeasti ennakoitavia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 208.) Voidaan kuitenkin kysyä, käyttivätkö videoaineistossa esiintyvät fysioterapeutit ohjatessaan myös muita ohjauksen menetelmiä, joita opinnäytetyön tekijät eivät vain osanneet havaita? Havainnointia tutkimusaineiston työstämisessä käytettäessä, on aina muistettava, että havainnoinnin tulokset ovat vain havainnoijien havaitsemia asioita, eivätkä näin suinkaan mikään yksiselitteinen totuus.

Videomateriaalista poimitut episodit valittiin tarkemman havainnoinnin kohteiksi opinnäytetyön tekijöiden intuition perusteella. Episodeiksi valittiin koko aineistoa mahdollisimman kat-

tavasti kuvaavat otokset. Voidaan kuitenkin pohtia, kuinka hyvin laajasta aineistosta on onnistuttu valitsemaan ne kohtaukset, jotka parhaiten edustavat koko aineiston sisältöä.

Diskurssianalyysin avulla aineiston käsittelemiseen ei ole vakiintunut tiettyä puheen, äänen ja kuvan litterointitapaa, vaan useimmiten tutkimustehtävä määrittää litteroinnin tarkkuuden tarpeellisuuden. Videoaineistoa analysoitaessa voidaan litteraatteihin merkitä myös ei-sanalliseen viestintään kuuluvia seikkoja, kuten eleitä ja ilmeitä, jolloin tapahtuneesta vuorovaikutuksesta saa selkeämmän kuvauksen. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1999, 265-266.)

Episodeista tehtyjen tarinoiden on tarkoitus avata lukijalle episodin sisältö mahdollisimman tarkasti ja kuvaavasti. Vaikka opinnäytetyön tekijät ovat pyrkineet kuvaamaan episodit todennukaisesti, on silti mahdollista ja jopa todennäköistä, että joitakin seikkoja on jäänyt huomioimatta. Esimerkkinä tästä videoissa esiintyvien henkilöiden puheesta ei kaikissa kohdissa saanut selvää ja joissakin kohtauksissa ohjaavan fysioterapeutin ollessa selin kameraan, hänen vuorovaikutuksensa ei ole videolta havainnoitavissa.

Tässä opinnäytetyössä havainnoinnin alle valittiin vain fysioterapeuttien toiminta. Ohjaus on kuitenkin vuorovaikutusta, ja ohjaustilanteen tulisi sisältää tasavertaista dialogia. Dialogissa osapuolet ovat jatkuvasti avoimia toistensa vaikutuksille, ja näin asiat saavat uusia merkityksiä. Dialogi on neuvottelua, jossa osapuolilla on oma äänensä. Dialogissa ei valita puolta, vaan se on vuoropuhelua, jossa molemmat osapuolet ajattelevat yhdessä. (Onnismaa, J. 2007, 44.) Tässä mielessä on mahdotonta muodostaa vedenpitäviä päätelmiä ohjauksesta, ilman että tarkkailun alle otetaan kaikkien osapuolten välinen vuorovaikutus. Pelkiltä videotallenteilta vuorovaikutuksen analysoiminen on kuitenkin hyvin vaikeaa, ellei mahdotonta, sillä vain yhdestä perspektiivistä kuvatulla tallenteella eivät näy kaikkien tilanteeseen osallistuvien vuorovaikuttajien ilmeet eivätkä eleet, eikä puheesta ja sen äänensävyistäkään ole aina mahdollista saada selvää. Tästäkin syytä ohjaus sinällään on hyvin haastava tutkimuksen aihe.

Videoaineistosta on löydettävissä tietty kaava, jolla ohjaustilanteet etenevät. Tämä kaava noudattaa pitkälti kuvassa 2 esitetyn taulukon kaavaa. Talvitie (2006, 184) on taulukossaan avannut sanallisen, manuaalisen ja visuaalisen ohjaamisen menetelmiä harjoittelutilanteessa. Tilanteessa ohjaava fysioterapeutti on siis käyttänyt fysioterapeuttisen ohjauksen peruselementtejä erikseen ja yhdessä, joista kokonaisuudessaan muodostuu ohjaustilanne.

Käytetyssä aineistossa oli videoitu kolme eri ohjaustilannetta, joissa esiintyi kolme eri-ikäistä lasta ja kaksi eri fysioterapeuttia. On kyseenalaista, kuinka kattava kuva botuliinihoidon yhteydessä tapahtuvista ohjaustilanteista voidaan näin pienen otoksen perusteella muodostaa. Myös kyseinen ohjaustilanne on monella tapaa erityinen. Tilanteessa on paikalla useampi ul-

kopuolinen henkilö sekä lisäksi videokamera, jotka voivat vaikuttaa sekä fysioterapeutin, että potilaan käyttäytymiseen.

Botuliinihoitoprosessi itsessään sisältää monta eri ohjaustilannetta, joista nyt oli tarkastelun alla vain yksi. Potilaat perheineen tapaavat ohjaavaa fysioterapeuttia jo ennen pistosta, ja osalla heistä on kyseiseen fysioterapeuttiin vuosia kestänyt kuntoutussuhde. Fysioterapeutin lisäksi potilasta ja hänen perhettään ohjaavat hoitoprosessin aikana ainakin sairaanhoitaja ja lääkäri. Botuliinipistoksen mahdollisuutta on kenties mietitty jo useamman vuoden ajan, tai potilas on saattanut saada vastaavaa hoitoa jo aiemmin. Myös ohjaustilanteissa läpikäytyt venytykset ovat usein potilaalle ja hänen perheelleen ennestäänkin jollain lailla tuttuja, sillä yleensä spastista lihasta on hoidettu venyttelyllä jo ennen botuliinihoidon aloittamista. Tällöin pistoksen jälkeen annettavan ohjauksen sisältö ei välttämättä ole kovin informatiivinen, sillä asiat on käyty läpi jo pistosta edeltävästi useaan otteeseen. (Lastenlinna 2011.)

Pistospäivänä potilaat tulevat sairaalaan jo aamulla, jotkut edellisenä päivänä. Aamupäivällä heitä valmistellaan pistosta varten ja esilääkitään, ja he sekä heidän perheensä saavat ohjausta monilta edellä mainituilta henkilöiltä. Pistos annetaan yleensä iltapäivällä, ja tämän opinnäytetyö käsittelemät ohjaustilanteet ovat edessä päivän päätteeksi juuri ennen kotiinlähtöä. Varsinkin nuoremmat potilaat saattavat pistoksen jälkeen olla rauhoittavien lääkkeiden vuoksi vielä niin sekaisin ja vanhemmat niin jännittyneitä ja väsyneitä, ettei puitteita perusteelliselle ohjaukselle välttämättä ole. Joskus ohjaustilanne on enemmänkin asioiden pikainen kertaus ennen kotiinlähtöä. (Lastenlinna 2011.)

Mikäli botuliinihoitoon liittyy kipsaushoito, potilaat perheineen palaavat sairaalaan kipsattavaksi viikon välein 1-3 kertaa. Jälkihoitoon liittyviin asioihin voidaan palata siis vielä uudelleen. Sairaalan fysioterapeutit ovat myös yhteydessä lapsia jatkokuntouttaviin terapeutteihin, jotka voivat käydä perheen kanssa venyttelytekniikoita lävitse myöhemmin. Kipsihoidon yhteydessä tämä on jopa järkevää, sillä varsinainen venyttely aloitetaan vasta kipsin poiston jälkeen, 2-4 viikkoa pistoksesta. (Lastenlinna 2011.) Pitkän pistospäivän viime hetkillä annettu venyttelyohjaus tuskin enää muistuu kovin selkeänä mieleen tässä vaiheessa. Joka tapauksessa kyseinen ohjaustilanne on hyvin erityinen, verraten esimerkiksi viikoittain jatkuvan terapian yhteydessä tapahtuviin fysioterapeuttisiin ohjaustilanteisiin.

Kuvassa 5 esitettyjen teemojen ensimmäinen osa Fysioterapeutti puhuu, on tutkimuskysymyksen kannalta oleellinen, sillä fysioterapeuttisen ohjauksen peruskäsitteitä ovat sanallinen ohjaus, manuaalinen ohjaus ja visuaalinen mallintaminen. Fysioterapeutti käyttää siis puhetta suurena osana ohjatessaan potilaita. Fysioterapeutti käyttää tilanteissa sanallisen ohjauksen erilaisia keinoja, kuten kysymistä (kuva 9.) (Talvitie ym. 2006, 184.)



Kuva 10: Ensimmäinen osa Fysioterapeutti kysyy

Kysymällä sekä potilaalta, että vanhemmilta fysioterapeutti saa lisää tietoa kotiharjoitteista ja hoidon edistymisestä, joka omalta osaltaan vaikuttaa hänen toimintaansa ohjauksessa. Fysioterapeutti pystyy näin muuttamaan omaa ohjaustapaansa ja -suuntaansa vastausten perusteella. (Lairio & Puukari 2001, 12.) Videoilta ja litteraateista (liitteet 6-10) oli huomattavissa, että fysioterapeutin kysyessä potilaalta, ei potilas aina saanut aikaa vastata, kun jo fysioterapeutti kysyi toisen kysymyksen. Etenkin kun kohderyhmänä ovat CP-vammaiset lapset ja nuoret, olisi kysyttäessä annettava potilaan aikaa miettiä ja vastata rauhassa. (Lairio & Puukari 2001, 12.)



Kuva 11: Fysioterapeutti ohjaa sanallisesti

Kuva 10 kertoo, kuinka fysioterapeutit ohjasivat sekä potilaita että heidän vanhempiaan sanallisesti videoilla. Näin fysioterapeutti tukee potilaan voimavaroja eli perhettä, jakaa tietoa ja edistää näin potilaan itsetietoisuutta omasta toiminnastaan ja tilastaan. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 204.) Sanallinen ohjaus on parhaimmillaan silloin, kun sekä potilas että fysioterapeutti ymmärtävät sanotut asiat samalla tavalla. Näin potilas saa sanallisesta ohjauksesta eniten irti. Liiallinen sanallinen ohjaus voi häiritä oppimista ja ohjaustilannetta, sillä tällöin informaation määrä kasvaa liian suureksi. (Heino 2005, Talvitie ym. 2006, 185.)

Myös videoilla ja litteraateissa näkyi tilanteita, joissa sanallista ohjausta käytettiin paljon. Fysioterapeuttien sanotaan usein puhuvan liikaa, ja välillä ohjaustilanteissa olisikin hyvä miettiä onko tarpeellista sanoa kaikkea mitä haluaisi. Näin ollen jäi mietityttämään, onko ohjauksen ja potilaan kannalta tarpeellista sanoa kaikki, vai olisiko välillä parempi antaa poti-

laan niin sanotusti itse määrätä dialogin tahti ja saisiko näin ohjaustilanteesta vielä vuorovai-
kutteisemman ja toimivamman.



Kuva 12: Fysioterapeutti kehottaa

Kuvassa 8 esitetty fysioterapeutti kehottaa - osa kuuluu samaan teemaan Fysioterapeutti puhuu. Kehottaminen kohdistui videoilla ja niistä tehdyissä litteraateissa (liitteet 6-10) selkeästi vanhempiin ja perheeseen. Näin fysioterapeutti pyrkii osallistamaan vanhemmat lapsen hoitoon ja tukemaan voimavaroja. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 204; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Teemojen luomisen jälkeen heräsi ajatus myös siitä, että fysioterapeutti kehottaa myös potilasta eikä vain vanhempia. Näitä tuloksissamme ei kuitenkaan näy. Potilaan ohjaaminen kehottamalla tulee kuitenkin ilmi fysioterapeutti ohjaa sanallisesti -osiossa.



Kuva 13: Fysioterapeutti päättelee

Fysioterapeutti luo päätelmiä asettamistaan kysymyksistä ja ohjauksen aikana tapahtuvista asioista ja tilanteista. Päättely on tärkeää ja välttämätöntä hoidon etenemisen sekä ohjauksen kannalta. Näin fysioterapeutti pystyy muuttamaan omaa toimintaansa sekä valitsemaan potilaalle sopivia venytyksiä ja harjoitteita. Näin fysioterapeutti edistää toiminnan ja ohjauksen tavoitteellisuutta ja etenemistä. (Lairio & Puukari 2001, 12; Onnismaa 2007, 7.) Päättelystä kuitenkin voi seurata myös joissain tapauksissa ohjauksen tason lasku, jos fysioterapeutit tekevät päätelmiä väärin perustein. Tähän vaikuttavat esimerkiksi ohjaajan oma persoona ja ajattelutavat, hoitosuhteen kesto ja se, kuinka hyvin ohjaaja tuntee ohjattavan. Ohjattavan

tausta, kuten ikä ja erilaiset älylliset kehitysvammat, tulee ottaa myös huomioon pääteltäessä asioita. (Lairio & Puukari 2001, 12; Autio & Kaski, 2005; Kyngäs ym. 2007.) Videoilla fysioterapeutti ja potilas sekä hänen vanhempansa pitävät lähes koko ajan yllä dialogia, josta fysioterapeutti päättlee. Näin ollen päätelmät perustuvat potilaan ja vanhempien sanaan, eikä ehkä suuria väärinymmärryksiä pääse syntymään. Kuitenkin fysioterapeutti olisi dialogin päätteeksi voinut vahvistaa päätelmänsä kysymällä potilaalta ja vanhemmilta, ovatko he samoilla linjoilla. Näin päätelmiin ei vaikuttaisi fysioterapeutin omat arvot, asenteet ja persoonayhtä paljon kuin tilanteessa, jossa ohjaaja tekee päättelyn täysin oman päänsä sisällä.



Kuva 14: Teema kaksi Fysioterapeutti toimii

Teema kaksi Fysioterapeutti toimii jaettiin analyysien perusteella tutkimiseen, mallintamiseen sekä manuaaliseen ohjaamiseen. Nämä osat näkyivät selkeästi videoilla ja ovat tärkeitä fysioterapeutin ohjauksen elementtejä. Tutkiminen kuuluu ohjauksen tuloksellisuuden toteamiseksi. Näin se myös motivoi potilasta ja vanhempia pitkän hoitoprosessin aikana. Manuaalinen ohjaaminen harjoitteita tehdessä on usein välttämätöntä harjoitteen oikean tekniikan oppimiseksi, näissä videoissa fysioterapeutti tukee sanallista ohjausta manuaalisella ohjauksella. Lisäksi mallintaminen antaa potilaalle palautetta suoraan ja potilaan on helpompi omaksua harjoite nähtyään siitä mallin. (Talvitie ym. 2006, 184; Veijola & Larivaara 2001; Lairio & Puukari 2001, 12.) Tietyissä tilanteissa videoilla oli huomattavissa kuinka manuaalinen ohjaus ja mallintaminen antoi potilaalle enemmän kuin pelkkä sanallinen ohjaus olisi antanut.

Teemoiksi valitut ”Fysioterapeutti puhuu” ja ”Fysioterapeutti toimii” ovat opinnäytetyön tekijöiden oman mielivaltaisen valinnan tulos. Toisenlaiset valinnat teemoiksi olisivat ehkä tuottaneet toisennäköisiä tuloksia. Diskurssianalyysi ei kuitenkaan ole yhtenäinen ja tiukkara-jainen tutkimusmenetelmä, ja tutkimusongelmasta riippuen tutkijalla on mahdollisuus valita erilaisia tarkastelun painopisteitä ja menetelmällisiä sovelluksia. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 17-18.)

Saadut tutkimustulokset vastaavat esitettyyn tutkimuskysymykseen. Vaikka tulokset eivät varsinaisesti tuottaneet uutta tietoa, vahvistivat ne opinnäytetyöntekijöiden ennakkokäsityksiä siitä, millaista fysioterapeuttinen ohjaus saattaa olla ja millaisena se kenties toteutuu myös CP-vammaisten lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä kanssa.

10.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Etiikka tarkoittaa yleisesti moraalikäsitteitä, joista yksilö on tietoinen ja joihin hän on sitoutunut. Etiikka tarkoittaa systemaattista yritystä ymmärtää moraalikäsitteitä: eettisiä sääntöjä ja periaatteita, hyveitä ja arvoja. Yksi tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä sen luotettavuuden sekä tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. (Laurea Fakta 2009; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

10.2.1 Eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2002) linjaaman hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Niin tiedonhankinnassa, tutkimuksessa kuin arvioinnissakin on sovellettava eettisesti kestäviä menetelmiä, ja tulokset on julkaistava tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta toteuttaen. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset on otettava asianmukaisella tavalla huomioon. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteellisille tiedoille asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla.

Opinnäytetyöprosessin aikana eettiset kysymykset joutuvat pohdinnan alle. Kysymykset viittaavat valintoihin, joita tutkimusprosessin aikana tehdään; millaista on hyvä tieteellinen tutkimus, ja millaisia asioita tulisi erityisesti huomioida, kun tutkimuskohteena on ihminen? Tutkimuseettiset kysymykset jaetaan usein kahteen luokkaan. Ensimmäiseen luokkaan kuuluvat tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan liittyvät kysymykset, ja toiseen kysymykset tutkijan vastuusta tutkimustulosten soveltamisessa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Erityisesti ihmisten kanssa tehtävät tutkimukset edellyttävät hyvän tutkimuskäytännön noudattamista, sillä tutkittavan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava. Vapaa-uoitoisemmassa tiedonhankintatavassa tutkijan ja tutkittava suhde on epämuodollinen, jolloin moraalinen vastuu tutkimuksen eettisten kysymysten ratkaisemisesta jää tutkijalle. Tutkijan vastuulle jäävät siis seuraukset, joita tutkimus saattaa tutkittavalle aiheuttaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Myös havainnointiin tutkimusmenetelmänä liittyy eettisiä

ongelmia, esimerkiksi se, kuinka paljon tutkittaville kerrotaan siitä, mitä todella ollaan havainnoimassa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 209.)

Opinnäytetyötä tehdessä opiskelija sitoutuu noudattamaan eettisiä sääntöjä ja periaatteita. Laurea Ammattikorkeakoulun yleisten kompetenssien määritelmän mukaan eettinen osaaminen koostuu neljästä eri osa-alueesta: eettinen herkkyyks, eettinen motivaatio, moraaliseettinen ongelmanratkaisu sekä eettinen toimeenpanotaito. Eettisesti toimiessa opiskelijalla on oltava herkkyyttä havaita tilanteisiin liittyvä eettinen ongelma. Toiminnan vaikutukset toisen ihmisten hyvinvointiin kertoo eettisestä herkkyydestä. Sen tärkeimpänä osana ovat empatia- ja roolinottotaidot. Eettinen herkkyyks sisältää myös taidon tunnistaa osapuolten tarpeet, oikeudet, velvollisuudet ja erityispiirteet. (Laurea Fakta 2009.)

Opinnäytetyöhön liittyy näin ollen runsaasti eettisiä näkökohtia, niin kuin Teirilä ja Jyväskylä toteavat teoksessaan Tutkielmantekijän työkirja (2001, 16-17). Näistä suurimpina kysymyksinä opinnäytetyössä ovat tutkimushenkilöiden osallistuminen tutkimukseen sekä salassapitovelvollisuus. Opinnäytetyön tekijät sitoutuvatkin noudattamaan hyvää eettistä tutkimuskäytäntöä. Tutkimuksen eettisyyden kannalta erityinen tutkimuslupa ja videoilla olevien potilaiden suostumukset tutkimukseen osallistumiseksi ovat oleellisia. Tutkimusmateriaalilla näkyvät henkilöt pysyvät anonyymeinä tutkimuksessa eikä materiaalia näytetä kuin tutkimuksessa ja hankkeessa mukana oleville. Tutkimushankkeen päätyttyä materiaalit tuhotaan.

10.2.2 Luotettavuus

Hyvä laadullinen tutkimus on tarkkaa, huolellista ja itsekriittistä. Tutkimukset ovat tarkkoja kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Raportissa pyritään säilyttämään tutkimuksen merkitysympäristö, eli se ympäristö jossa aineisto on kerätty. Tulokseksi voidaan kuitenkin saada vain mahdollisia selityksiä johonkin aikaan ja paikkaan rajoittuen. Voidaan todeta, että laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä pikemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157; Karasti 2004.)

Vaikka tutkimuksissa pyritään välttämään virheitä, tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.) Laadullisen tutkimuksen myötä on tutkimuksen luotettavuuden arviointiin tullut uusia näkökulmia, jotka ovat kyseenalaistaneet määrällisen ja kokeellisen tutkimuksen luomat luotettavuuskriteerit. Myöskään diskurssianalyysin arviointiperusteet eivät helposti muotoudu perinteisiksi reliabiliteetti- tai validiteettikysymyksiksi. Tutkimuksen arvoa ja luotettavuutta mitataan kyvylä jäsentää todellisuutta ja luoda siihen uusia näkökulmia. Diskurssianalyysissa korostetaan tutkijan asemaa aktiivisena tulokinnan tekijänä, ei vain tutkimuksen yhtenä osatekijänä. Tutkija työskentelee esiymmärryk-

sensä ja tietynlaisen etukäteisorientaation varassa, joita ilman tutkimustyö ei olisi edes mahdollista. Tutkija on etäisyyttä ottava, mutta ei koskaan ulkopuolinen tarkkailija sen suhteen, mitä hän tutkii. Hän on itsekin sen rakentama, koska hän ei voi astua tutkimansa sosiaalisen todellisuuden ulkopuolelle. (Oulun yliopisto 2011.)

Diskurssianalyysin lähtökohtana on, että mikään aineisto ei sinällään ole toista parempaa todellisuuden kuvausta. Tutkimuksen luotettavuus riippuu kokonaan siitä, miten aineistoa analysoidaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Ydinasioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Siksi ei ole olemassa yhtä, oikeaa tapaa tulkita tutkittavaa aineistoa, vaan tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan sen mukaan, miten toimintatavat ovat perusteltavissa. Onnistuneen tutkimuksen kriteereistä tärkeimpiä on se, miten hyvin tutkija pystyy perustelemaan tekemänsä valinnat ja miten tutkimuksesta muodostuu johdonmukainen kokonaisuus. Aineistojen muodelle ja hyödyntämiselle ylipäätään ei ole rajoituksia. Diskurssianalyysi pyrkii kuitenkin mahdollisimman pitkälle pitäytymään tekstissä ja sen tarkassa analyysissä. Ihanteellisinta olisi, jos koko tutkimusaineisto voisi olla kokonaan lukijan saatavilla, mutta tämä ei yleensä ole mahdollista. Koska raporttiin voidaan sisällyttää aineistosta vain pieni osa, voidaan analyysin luotettavuutta tarkastella myös edustavuuden käsitteen avulla, jolloin valittujen tekstien on oltava tulkinnan kannalta keskeisiä. Näiden valintojen kautta tutkijan on mahdollista perustella tekemiään tulkintoja ja toisaalta tarjota lukijalle mahdollisuus tehdä omat päätelmänsä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227; Oulun yliopisto 2011.)

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, toisin sanoen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta usealla tavalla. Esimerkiksi jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulos todeta reliaabeliksi, tai jos sama henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan aina sama tulos, voidaan tuloksia pitää reliaabeleina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226-227.) Ajallinen reliabiliteetti tarkoittaa mittausten tai havaintojen pysyvyyttä eri aikoina. Laadullisessa tutkimuksessa ongelmana on, että tutkimuksessa harvoin käytetään täysin muuttumattomia objekteja. Johdonmukaisuus tuloksissa tarkoittaa tuloksia, jotka on saatu samaan aikaan eri välineillä. Kuitenkin laadullisin menetelmin saadut tulokset joskus poikkeavat toisistaan. Tällöin tutkija joutuu miettimään, miten erilaiset tulokset samasta ilmiöstä voivat pitää paikkansa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009.)

Reliaabeliuden lisäksi toinen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin liittyvä käsite on validius eli pätevyys. Validius tarkoittaa menetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Laadullisen tutkimuksen pätevyys voidaan ymmärtää uskottavuudeksi ja vakuuttavuudeksi, eli kuinka hyvin tutkija tuottaa tutkimuskonstruktiot muille ymmärrettäväksi. Validiteetti kertoo, onko tutkimus pätevä, onko se perusteellisesti tehty sekä ovatko saadut tulok-

set ja päätelmät oikeita. Validiteettiin liittyvät keskeisesti kysymykset siitä, millaisena sosiaalinen todellisuus nähdään, sekä millainen käsitys kielestä tutkijoilla on. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimuksen sisäisen koeteltavuuden käsitteen avulla voidaan tarkastella sitä, missä määrin aineistolle annettu tulkinta on pätevä tutkimusasetelman valossa. Tähän liittyy se, miten hyvin ja selkeästi tutkija pystyy kertomaan ne tulkintaa ohjaavat periaatteet, joilla tutkimuksessa on päädytty saatuihin tuloksiin. Laadullisen tutkimuksen validiteettia voidaan arvioida sen mukaan, miten yksityiskohtaisesti tutkimusprosessi on kuvattu. Mitä lähempänä tutkimusraportti on todellista tilannetta, sitä validimpaa tieto on. (Oulun yliopisto 2011.)

Luotettavuutta lisäävät perusteltu tekstin analysoiminen sekä yhdenmukaiset käytänteet muiden tutkijoiden kanssa. Videointi ja nauhoittaminen lisäävät luotettavuutta, sillä tallenteiden avulla muutkin kuin tilanteessa läsnä ollut tutkija voivat analysoida aineistoa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Aineiston tuottamisen olosuhteet olisi kerrottava tarkasti, selvästi ja totuudenmukaisesti. Esimerkiksi haastattelu- ja havainnointitutkimuksessa kerrotaan olosuhteista ja paikoista, joissa aineistot kerättiin. Laadullisessa aineiston analyysissä on keskeistä luokittelujen tekeminen. Lukijalle olisi kerrottava luokittelun syntymisen alkujuuret ja luokittelujen perusteet. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227.)) Analyysin alkuperä sekä luokittelun perusteet on pyritty työssä tuomaan esille ymmärrettävästi ja johdonmukaisesti sekä kirjoitettuna auki että havainnollistavan kuvion muodossa.

Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää kriteerinä myös koherenssia eli yhtenäisyyttä. Koherenssin avulla arvioidaan tutkimuksen kokonaisuutta, jonka muodostavat tutkijan tekemät teoreettiset, menetelmälliset ja tulkinnalliset valinnat. Se miten tutkija pystyy perustelemaan tekemiensä valintojen paikkansapitävyyttä ja osoittamaan niiden merkityksen tutkimukselle, luo koherenssia tutkittavan ilmiön, tutkijan tulkintojen ja vallitsevien teorioiden välille. Luotettavuus muodostuu siitä, miten diskurssit, käytetyt menetelmät ja tulkinnat muodostavat kokonaisuuden. (Oulun yliopisto 2011.)

Tulosten tulkinta vaatii tutkijalta kykyä punnita vastauksia ja saattaa niitä myös teoreettisen tarkastelun tasolle. On kerrottava, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja ja mihin hän päätelmänsä perustaa. Tässä lukijaa auttaa, jos tutkimuselosteita rikastutetaan esimerkiksi suorilla haastatteluotteilla tai muilla autenttisilla dokumenteilla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 228.) Tutkimuselosteita on pyritty selkeyttämään lukijalle myös lisäämällä työhön kuvaotoksia videomateriaalista valituista episodeista. Perusteluina esittämilleen tulkinnoille tekijät käyttivät itsenäisesti kirjaamiaan havaintoja videoilta, jotka muut opinnäytetyön tekijät vahvistivat. Yksittäisen pienen aineiston analyysi ei kerro kulttuurisista yleisyyk-

sistä. Se voi kuitenkin kertoa havainnollisesti siitä, mikä on kulttuurisesti mahdollista. Diskurssianalyysin voima tai vaikuttavuus perustuu näin ollen sen kykyyn tuoda tutkittavana oleva ilmiö hienosyisen tarkastelun kohteeksi. (Oulun yliopisto 2011.)

Videolta havainnoiden voidaan tarkastella yksityiskohtia, joiden havaitseminen tilanteen tapahtumahetkellä olisi huomattavasti haastavampaa. Videointi antaa mahdollisuuden palata tapahtumiin yhä uudelleen ja kuvamateriaalia voi havainnoida paitsi itsenäisesti myös ryhmissä, jolloin tapahtumat voivat saada eri merkityksiä niitä analysoivan havainnoijan mukaan. Ryhmämuotoisen arvioinnin avulla mahdollistetaan erilaisten näkökulmien esilletulo. Videoanalyysin etuja verrattuna muihin menetelmiin ovat myös mahdollisuudet pysäyttää kuva, sekä hidastaa ja nopeuttaa sitä. Videon käyttöön tutkimusmateriaalina liittyy myös rajoituksia. Kuvausten alussa tehtävät tekniset valinnat voivat aiheuttaa puutteita, joita ei ole mahdollista korjata enää tilanteen jälkeen. (Jakkula 2002, 52-55.)

Havainnointimenetelmiä on kritisoitu eniten siitä, että havainnoija saattaa häiritä tilannetta tai jopa muuttaa tilanteen kulkua. Havainnoija saattaa myös emotionaalisesti sitoutua tutkitavaan ryhmään tai tilanteeseen jolloin tutkimuksen objektiivisuus kärsii. Joissakin havainnoinnin tilanteissa saattaa olla vaikea tallentaa tietoa välittömästi, jolloin tutkijan täytyy luottaa muistiinsa ja kirjata havainnot myöhemmin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 208-209.)

Opinnäytetyössä käytettävä videomateriaali on kerätty jo aiemmin toisen tutkimusryhmän toimesta, joten videoinnin vaikutusta tilanteessa toimiviin henkilöihin on vaikeaa arvioida luotettavasti. Videoissa on kuvattu tilanteita, jotka alkavat vasta aktiivisesta tutkimustilanteesta. Näin ollen on vaikea arvioida kuvaajan vaikutusta esimerkiksi henkilöiden asettumiseen tilassa tai tapaamisen alkutilanteeseen.

Validiteetin lisäämiseksi videoanalyysiä tehtäessä olisi tutkimukselle eduksi katsoa materiaalia yhdessä osanottajien kanssa, jotta he voisivat tuoda esille oman näkemyksensä toiminnastaan kuvatussa vuorovaikutustilanteessa. Tässä opinnäytetyössä se ei kuitenkaan ole mahdollista.

Opinnäytetyössä pyritään säilyttämään mahdollisimman tarkasti merkitysympäristö ja olemaan tarkka ja kriittinen aineiston käsittelyssä. Videomateriaali lisää opinnäytetyön luotettavuutta, sillä aineisto on toistettavissa useaan kertaan. Episodeja valitessaan opinnäytetyön tekijät pyrkivät valitsemaan koko aineistoa kuvaavia otoksia. Havainnoidessaan videomateriaalia opinnäytetyöntekijät havainnoivat materiaalit ensin itsenäisesti useita kertoja, jonka jälkeen samat materiaalit havainnoidaan vielä yhdessä tekijöiden kesken. Näin tutkimuksesta ja havainnoinneista saadaan mahdollisimman luotettavia. Validiteetin määrittää opinnäyte-

työssä suurimmaksi osaksi tutkimusmenetelmä, sen sopivuus ja menetelmän oikea käyttö. Opinnäytetyön tekijät pyrkivät kuvaamaan tutkittavan ilmiön mahdollisimman oikeanmukaisena, ja perustelemaan aineistoa rajatessaan tekemänsä valinnat perusteellisesti ja avoimesti.

10.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyö on toteutettu osana Potilasohjaus fysioterapiassa - hanketta ja se toimii osatutkimuksena selvitettäessä fysioterapeuttisen ohjauksen nykytilaa lapsille, nuorille ja heidän vanhemmilleen toteutettuna eräässä HUS:n keskussairaalassa. Tulosten avulla voidaan verrata fysioterapeuttisen ohjauksen toteutumista suhteessa teoriaan ja samalla se antaa kuvauksen kyseisessä sairaalassa toteutettavista ohjauskäytänteistä. Hankkeessa valmistuvien opinnäytetöiden pohjalta saadaan materiaalia fysioterapeuttisen ohjauksen kehittämiseksi tulevaisuudessa. Ohjauksen kehittämiseksi luotettavien tutkimustulosten perusteella tulevissa osatutkimuksissa olisi tarpeellista kerätä lisää materiaalia ohjauksen toteutumisesta useampien fysioterapeuttien toteuttamana useammille potilaille.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia tarkemmin vuorovaikutuksen elementtejä fysioterapeuttisissa ohjaustilanteissa kaikkien tilanteeseen osallistuvien kesken havainnoimalla sekä haastatteleamalla kaikkia osapuolia. Kattavan ja luotettavan tutkimusaineiston saamiseksi olisi myös aiheellista kerätä ja analysoida monipuolista materiaalia koko terapiasuhteen ajalta, jotta saataisiin tietoa ohjauksen ja koettujen kokemusten mahdollisesta muuttumisesta käyntien välillä. Fysioterapeuttisen potilasohjauksen kenttä on niin laaja, että eri potilasryhmille toteutettavasta ohjauksesta voisi tutkimusaiheita löytää liiaksi asti. Rajatulle potilasryhmälle toteutettavaa ohjausta on mielekästä tutkia yhden tutkimusryhmän toimesta, ettei teorian määrää hukuta alleen havainnoinnista saatavia tutkijakohtaisia huomioita.

Lähteet

Autio, T., Kaski, S. 2005. Ohjaamisen taito. Helsinki: Edita.

Autti-Rämö, I. 2004. CP-vammaisuus. Teoksessa Sillanpää, M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko, M. & Rantala, H. (toim.) Lastenneurologia. Jyväskylä: Gummerus.

Autti-Rämö, I. 2008. Lasten ja nuorten kuntoutus. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Autti-Rämö, I. Botuliinihoito. Opaskirjanen CP-lasten vanhemmille.

Campbell, S., Linden, R. & Palisano, R. 2006. Physical therapy for children. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.

Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6290-4.pdf>. Luettu 15.1.2011.

Helsingin Yliopisto. 2011. Kielijelppi- jelpiä akateemiseen viestintään. Helsingin yliopiston Kielikeskuksen äidinkielen viestintäopetuksen palveluyksikkö. <http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/nonverbaalinen-viestinta>. Luettu 18.1.2011

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Ikonen, O. (Toim.) 1999. Kehitysvammaisen opetus - Mitä ja Miten? Helsinki: Kehitysvammlitto ry.

Invalidiliitto ry. 2010. Opetusmateriaali, osa I; CP-vammaisen aikuisen hyvinvointi ja kuntoutus elämänsäkaarella -projekti 2007-2010. http://www.cp-portaali.fi/files/83/Opetusmateriaali_osa_I_versio_25_10.pdf, luettu 11.7.2011.

Jakkula, K. 2011. Esineiden antaminen: Kehityksen peili ja kieltä ennakoiva sosiaalinen merkki 9-34 kuukauden iässä. Oulun yliopisto. 2002. [PDF-dokumentti]. <http://herkules oulu.fi/isbn9514266536>. Luettu 4.1.2011

Jokila, A., Juhila, K. & Suoninen, E. 1999. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino.

Jokila, A., Juhila, K. & Suoninen, E. 1993. Diskurssianalyysin aakkoset. Jyväskylä: Gummerus.

Kaakkola, S. 2010. Tahattomat liikkeet. Terveysportti, Lääkärin käsikirja. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00871&p_haku=cp. Luettu 4.9.2011.

Karasti, H. 2004. Kvalitatiivinen tutkimus. TOL, Oulun Yliopisto. http://media.tol oulu.fi/video/jtmk/JTMK_kvalitutk_luento.pdf. Luettu 5.10.2010

Karvonen, E. 2005. Johdatus viestintätieteisiin. Tampereen yliopisto. <http://www.uta.fi/viesverk/johdviest/viestistoria/nonverbaali.html>. Luettu 21.9.2010

Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila, P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14 (5).

Koskiniemi, M. & Donner, M. 2004. Lapsen neurologinen kehitys ja sen tutkiminen. Vantaa: Kandidaattikustannus.

Kukkohovi, K. 2004. Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus. Fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta sekä sen kohdentamisesta ja mukauttamisesta ohjausti-

lanteessa. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11217/URN_NBN_fi_jyu-200536.pdf?sequence=1. Luettu 15.1.2011.

Kuntoutussäätiö. 2010. Kuntoutusportti.fi - Kuntoutusalan kirjasto ja tietopalvelu.

http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/lapsen_kuntoutus. Luettu 20.11.2010

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3 (3).

Lairio, M. & Puukari, S. (toim.) 2001. Muutoksista mahdollisuuksiin - ohjauksen uutta identiteettiä etsimässä. Jyväskylän Yliopisto: Koulutuksen tutkimuslaitos.

Lastenlinna. 2011. Fysioterapeuttien haastattelu 13.5.2011. Henkilökohtainen tiedonanto.

Laurea Fakta 2009-2010. 2009. [PDF-dokumentti].

http://markkinointi.laurea.fi/laatu/Laurea_fakta_2009_web.pdf. Luettu 4.1.2011

Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperusteiden kehittäminen. Stakes. Raportteja 229.

Love, S.C, Novak, I., Kentish, M., Desloovere, K., Heinen, F., Molenaers, G., O'Flaherty, S. & Graham, H.K. 2010. Botulinum toxin assessment, intervention and after-care for lower limb spasticity in children with cerebral palsy: international consensus statement. European Journal of Neurology 17 (suppl 2): 9-37.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Molenaers, G., Van Campenhout, A. Fagard, K., De Cat, J. & Desloovere, K. 2010. The use of botulinum toxin A in children with cerebral palsy, with a focus on the lower limb. J Child Orthop 4: 183-195.

Onnismäa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Helsinki: Gaudeamus.

Oulun yliopisto. 2000. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514264053/html/x659.html>. Luettu 21.5.2011

Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D., Livingston, M. 2007. Gross Motor Function Classification System - Expanded and Revised. Ontario, Kanada: MacMaster University.

<http://motorgrowth.canchild.ca/en/GMFCS/resources/GMFCS-ER.pdf>. Luettu 4.9.2011.

Parry, R., Brown, K. 2009. Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done? Physiotherapy 95; 294-301.

Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 14 (5).

Pienmäki, S. 2004. Dialogisiirrot ohjauskeskustelussa. Jyväskylän yliopisto. Pro Gradu - tutkielma.

Peltonen, H. 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveysalan ammattiteissa. Tampere: Tammi.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Luettu 2.1.2011

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. STM, oppaita 14.

Suomen CP-liitto Ry. 2010. Internet-sivut.
<http://www.cp-liitto.fi/index.phtml?s=163>. Luettu 2.1.2011.

Suomen Kuntaliitto & Suomen fysioterapeutit ry & FYSI ry. 2007. Fysioterapianimikkeistö.
http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;135218;150189;135230, luettu 31.1.2011

Sätilä H. 2007. Botulinum toxin A Treatment in children with spastic cerebral palsy. Studies on injection techniques and doses. Academic dissertation. University of Tampere.

Sätilä, H. 2006. Lasten spastisuuden botuliinihoito Suomessa, Kyselytutkimus sairaaloiden hoitokäytännöistä. Suomen Lääkärilehti 27-31.

Sätilä, H., Pietikäinen, T., Lehtonen-Räty, P., Koivikko, M. & Autti-Rämö I. 2006. Treatment of spastic equinus gait with botulinum toxin A: Does dose matter? Analysis of a clinical cohort. Neuropediatrics.

Talvitie, U., Karppi, S-L., Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

Tedroff, K., Löwing, K., Haglund-Åkerlind, Y., Gutierrez-Farewik, EM. & Forssberg, H. 2010. Botulinumtoxin A treatment in toddlers with cerebral palsy. Acta Paediatrica, 99, pp. 1156-1162.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen.

Veijola, A. & Larivaara, P. 2001. Asiakaslähtöiseen fysioterapiaan lisää panostusta. Fysioterapia vol. 48, nro 3; 14-16.

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Kuvat

Kuva 1: Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	8
Kuva 2: Sanallinen, manuaalinen ja visuaalinen ohjaaminen harjoittelutilanteessa (Talvitie ym. 2006, 184.)	11
Kuva 3: CP-vamman luokittelu oirekuvan mukaan	19
Kuva 4: Fysioterapeutti keskustelee botuliinihoidon vaikutuksista	35
Kuva 5: Fysioterapeutti haastattelee potilasta	37
Kuva 6: Fysioterapeutti tutkii liikkuvuuksia	39
Kuva 7: Fysioterapeutti ohjaa venytystä manuaalisesti	42
Kuva 8: Fysioterapeutti ohjaa äitiä manuaalisesti venytyksen tekemisessä	45
Kuva 9: Episodeista havainnoidut piirteet ryhmiteltynä teemoiksi	49
Kuva 10: Ensimmäinen osa Fysioterapeutti kysyy	53
Kuva 11: Fysioterapeutti ohjaa sanallisesti	53
Kuva 12: Fysioterapeutti kehottaa	54
Kuva 13: Fysioterapeutti päättelee	54
Kuva 14: Teema kaksi Fysioterapeutti toimii	55

Liitteet

Liite 1 Episodi 1	67
Liite 2 Episodi 2	68
Liite 3 Episodi 3	70
Liite 4 Episodi 4	71
Liite 5 Episodi 5	72
Liite 6 Litteraatti 1	73
Liite 7 Litteraatti 2	75
Liite 8 Litteraatti 3	77
Liite 9 Litteraatti 4	78
Liite 10 Litteraatti 5.....	80

Liite 1 Episodi 1

Videolla ohjaustilanne, johon osallistuvat fysioterapeutti, potilas, joka on taaperoikäinen lapsi sekä hänen äitinsä ja isänsä. Fysioterapeutti ja äiti istuvat lattialla vierekkäin, Potilas makaa selällään patjalla lattialla, isä istuu äidin vieressä jakkaralla nojaten polviinsa. Fysioterapeutti kysyy perheeltä, tuleeko näille mieleen kysymyksiä liittyen saatuihin venytysohjeisiin. Isä esittää fysioterapeutille kysymyksen koskien hoidon vaikutuksia arkielämässä, haluten tietää voisiko spastisuuden väheneminen helpottaa lapsen seisomatelineessä olemista. Fysioterapeutti osoittaa vastauksen molemmille vanhemmille, ja kertoo, että mikäli lapsen seisomatelineessä kokema epämukavuus johtuu jalan huonosta asennosta ortoosissa, niin vaikutuksia tällaisessakin asiassa saatetaan nähdä. Isä toteaa, että tällaisia asioita on tarkoitus nyt hoidon jälkeen seurata. Fysioterapeutti puhuu siitä, että koska kyseessä on tämän lapsen ensimmäinen botuliini -hoito, on mielenkiintoista seurata millä kaikilla tavoilla lapsi hoidosta hyötyy. Fysioterapeutti kertoo myös, että jos lapsen tilanteessa ilmenee jotain uutta, niin on syytä miettiä voiko se johtua saadusta hoidosta.

Liite 2 Episodi 2

Esimerkkinä fysioterapeuttisesta ohjauksesta kuvataan 1,75 minuutin otos fysioterapiatapaa- misesta sairaalassa botuliini -hoitoa samana päivänä saaneelle, alakouluikäiselle cp- vammaiselle pojalle. Kuvatulla videolla paikalla ohjaustilanteessa ovat fysioterapeutti, poti- las, potilaan äiti, sekä fysioterapiaopiskelija. Tilanteessa potilas makaa selin makuulla leveäl- lä hoitopöydällä jalat koukussa, pää tyynyllä. Fysioterapeutti istuu polvi-istunnassa hoitopöy- dällä potilaan jalkojen vieressä ja äiti nojaa kyykyssä hoitopöydällä pää potilaan pään vieres- sä. Fysioterapeutti pitää molemmilla käsillään kiinni potilaan oikeasta jalasta ja ojentaa kou- kussa ollutta oikeaa jalkaa suoremaksi kohti kattoa. Potilas pitää kädessään lastenkirjaa ja tarkastelee sitä. Äiti pitää toisella kädellään kiinni samasta kirjasta. Äiti on koko otoksen ajan kyykyssä nojaten hoitopöytänsä kädet potilaan pään vieressä.

Fysioterapeutti ojentaa potilaan koukussa olleen vasemman jalan suoraksi samalla kehottaen potilasta pitämään jalan suorana ja kertoo katsovansa potilaan oikean jalan liikeradat ojenta- en potilaan oikeaa jalkaa koukkuun ja suoraksi ja sanoo samalla ” Tää rupee tuntuu selvästi. Sä rupeat vähän liikehtii.” kohdistuen puheen potilaalle, kuitenkin katsomatta häneen. Poti- las ei reagoi fysioterapeutin puheeseen vaan jatkaa kirjan tutkiskelua. Samalla potilaan vasen jalka koukistuu uudelleen.

Potilas ja äiti jatkavat kirjan tutkimista ja fysioterapeutti koukistaa potilaan molemmat jalat pitäen käsillään kevyesti potilaan molemmista polvista kiinni ja hakee katseellaan fysiotera- peuttiopiskelijaa, jota pyytää tulemaan avuksi potilaan vasemman jalan suorassa pitämiseksi. Fysioterapeutti ravistaa kevyesti potilaan vasemman jalan polvesta osoittaakseen fysiotera- peuttiopiskelijalle, mistä pitää kiinni. Opiskelija tulee videokuvan ulkopuolelta ja ottaa mo- lemmilla käsillään kiinni potilaan vasemman jalan polvesta istuen samalla hoitopöydän reunal- le.

Fysioterapeutti jatkaa oikean jalan liikeradan tutkimista ojentaen jälleen jalkaa suoraksi koh- ti kattoa. Potilas huudahtaa ”Ai!” ja katsahtaa nopeasti fysioterapeuttia. Fysioterapeutti rea- goi huudahdukseen katsomalla potilasta ja toteamalla ” Rupee tuntuu jo niinkö. Joo-o mä huomaa et rupee.” koukistaen samalla potilaan oikean jalan takaisin koukkuun. Potilas kään- tää katseensa fysioterapeutin puhuessa takaisin kirjaan. Äiti aloittaa kirjan lukemisen ääneen, jolloin fysioterapeutti sanoittaa tekemistään samalla, kun ojentaa potilaan vasemman jalan suoraksi. Opiskelija painaa käsillään potilaan vasenta jalkaa alustaa vasten kädet säären ja reiden päällä polven läheisyydessä. Fysioterapeutti kannattelee potilaan oikeaa jalkaa 90 as- teen kulmassa ilmassa ja koukistaa nilkkaa useita kertoja nopeasti koukkuun pitäen jalkate- rästä kiinni. Samalla hän puhuu hiljaisemmalla äänellä katse kiinnittyneenä potilaan oikean jalan pohkeeseen.

Opiskelija seuraa fysioterapeutin toimintaa katseellaan. Fysioterapeutti nousee polvi- istunnasta polviseisontaa pitäen edelleen potilaan jalkaa koukussa ilmassa ja asettaa oikean kämmenensä potilaan oikean jalan kantapohjaa vasten samalla työntäen vasemmalla kädel- lään potilaan reidestä jalkaa oikeaa kämmentään kohti. Fysioterapeutti jatkaa hiljaisemmalla äänellä puhumista ja vaikkei hän katsokaan opiskelijaan saa puheesta sen vaikutelman, että hän osoittaa sen juuri opiskelijalle. Opiskelija katsoo fysioterapeuttia ja hänen toimintaansa. Äiti jatkaa edelleen kirjan lukemista ääneen ja potilas katselee kirjaa.

Fysioterapeutti oikaisee potilaan oikean jalan suoraksi vasemman jalan viereen pitäen edel- leen samalla otteella jalasta kiinni katse kohdistettuna potilaan jalkaan ja sanoo ikään kuin pohdiskellen ääneen ”Pysyyks se toi ihan tossa. Kyl se pysyy siinä mut se on..”. Fysioterapeut- ti siirtää oikean kätensä potilaan oikean jalan päkiälle työntäen taas useita kertoja äkillisesti potilaan nilkkaa koukkuun samalla tutkaillen nilkan asentoa ja verraten sitä potilaan vasem- man jalan nilkkaan.

Fysioterapeutti raapii otsaansa, koukistaa jälleen potilaan oikean jalan aivan koukkuun ja kohdistaa katseensa äitiin sanoen ”Nyt mää keskeytän teidän lukuhetkee tässä samalla.”. Äiti katsoo fysioterapeuttia nojaten edelleen samassa asennossa hoitopöytänsä, leuka tyynyllä.

Fysioterapeutti nostaa potilaan oikean jalan ilmaan kannatellen sitä koukussa käsillään ja kysyy äidiltä miten he ovat tehneet venytyksiä kotona, johon äiti vastaa ”Nii no sillee et ku se on rauhallinen.”. Opiskelija on kääntänyt katseensa äitiin ja potilas katselee edelleen kirjaa. Fysioterapeutti toistaa äidin sanoja ääneen ja kysyvästi sanoo ”Eli, eli sä oot..”, jolloin äiti vastaa ”No miten päin se nyt vaan sattuu olemaan. Et sit tätä on ihan turha niinku väkisin ruveta, jos se ei halua nii se ei kans..”. Samaan aikaan äiti nostaa päänsä hoitopöydältä ja pyyhkii kädellä kasvojaan kyynärpää hoitopöytään nojaten. Äiti kohdistaa katseensa opiskelijaan ja fysioterapeutti katselee potilaan oikeaa jalkaa, jota kannattelee edelleen.

Äiti kääntää katseensa uudestaan fysioterapeuttiin, joka katsoo äitiä ja mallintaa venytysasentoa painaen potilaan oikean jalan nilkkaa koukkuun samalla vasemmalla kädellä tukien potilaan oikean jalan reidestä polven yläpuolelta. Fysioterapeutti sanoittaa kysyvästi venytysasentoa hakien äidiltä vastausta tapaan, jolla he ovat kotona tehneet venytyksiä. Äiti nyökkäilee ja vastailee joo katselleen fysioterapeutin toimintaa. Potilas jatkaa edelleen kirjan katselemista ja opiskelija seuraa keskustelua kyykyssä nojaten käsivarsillaan plinttiin.

Liite 3 Episodi 3

Esimerkkinä fysioterapeuttisesta ohjauksesta kuvataan noin minuutin mittainen otos fysioterapiatapaamisesta sairaalassa botuliini -hoitoa samana päivänä saaneelle, alakouluikäiselle cp-vammaiselle pojalle. Kuvatulla videolla paikalla ohjaustilanteessa ovat fysioterapeutti, potilas ja potilaan äiti. Tilanteessa potilas makaa päinmakuulla leveällä hoitopöydällä nojaten kyynärpäihinsä ja selaillen satukirjaa. Fysioterapeutti istuu hoitopöydän laidalla potilaan jalkojen tasolla ja potilaan äiti nojaa kyykyssä joitopöytään pää potilaan pään vieressä. Fysioterapeutti pitää molemmilla käsillään kiinni potilaan koukussa olevasta oikeasta jalasta ja painaa jalkapohjasta nilkkaa koukkuun.

Fysioterapeutti tunnustelee toisella kädellään potilaan oikean jalan pohjetta ja kertaa ääneen edellisen Botuliini -hoidon jälkeistä tilannetta kohdistaen puheensa äidille. Fysioterapeutin puheesta saa sen käsityksen, että hän ikään kuin kysyy äidiltä miten potilaan nilkka on reagoinut edelliseen hoitokertaan. Äiti vastaa myönteisesti fysioterapeutin puheeseen.

Fysioterapeutti jatkaa pohkeen tunnustelua samalla painaen nilkkaa edelleen koukkuun ja kysyy potilaalta ”Tiedätsä mitä mä haluaisin J*** sit tietää et minkälaisii venytyksiä te ootte tehny”. Fysioterapeutti katsoo puhuessaan potilaan jalkaa. Potilas ei kuitenkaan reagoi mitenkään kysymykseen vaan jatkaa satukirjan tutkiskelua. Fysioterapeutti kääntää katseensa äitiin ja kysyy ”Ootteks te tehny silleen et sä oot yksin jotain venytyksii vai onks äiti ollu avustamassa?”, johon äiti vastaa ”Jotai tollasta ja sitten mitä se nyt koulun jälkeen mää oon sille A***lle sanonukki että koulun jälkeen kun me saadaan ne läksyt kahes tunnissa tehtyy sit loppujen lopuks ni siinä sit venytellään ni se lähtee ulos potkulaudan kans ni siinä on sille sit venytystä”. Läksyjen tekemisestä kuullessaan fysioterapeutti hymyilee leveästi pitäen kontaktin äitiin.

Äiti jatkaa vielä puhumista, jolloin fysioterapeutti keskeyttää puheen kysymällä ”Mut sä oot venyttäny niinku itte just tätä nilkkaa ootko myös tätä niinku reiden takaosaa?” pitäen kontaktin äitiin. Samalla fysioterapeutti taputtaa kädellään potilaan oikean jalan reiden takaosaa. Äiti vastaa kielteisesti reiden venytyksiin, jolloin fysioterapeutti vielä toistaa nilkan venytyksiä tehdyn. Tähän äiti vastaa myönteisesti.

Liite 4 Episodi 4

Potilaan ja fysioterapeutin terapiatilanne. Fysioterapeutti ohjaa potilaalle pohkeen venytystä aktiivisesti. Paikalla ovat fysioterapeutti, potilas, potilaan äiti sekä videoija. Potilaan äiti eikä videoija näy tilanteessa. Materiaali kestää 1,46 sekuntia.

Fysioterapeutti ja potilas seisovat vastakkain lähellä seinää, jota vasten harjoitus tehdään. Fysioterapeutti kyselee potilaalta onko tehnyt venytystä kotona. Samalla hän näyttää venytyksen. Potilas kokeilee venytystä ja kertoo, että venytys on tuttu ja näin on varmaan neuvottu tekemään. Kokeillessaan venytystä potilas kyselee kuinka venytys pitäisi tehdä. Fysioterapeutti ohjaa venytyksen ajan sekä suullisesti että manuaalisesti potilasta. Fysioterapeutti ohjaa potilasta nilkoista, polvitaiteista, reisistä sekä lantiosta. Ohjatessa manuaalisesti fysioterapeutti kysyy aina asennon muutoksen jälkeen onko sillä vaikutusta venytyksen tunteeseen. Potilas kertoo, ettei saa venytystä tuntumaan korjauksienkaan jälkeen. Fysioterapeutti toteaa, ettei venytystä saada tarpeeksi tuntumaan ja että edellinen venytys oli ainakin potilaalle tuttu.

Liite 5 Episodi 5

Potilaan, Äidin ja fysioterapeutin ohjaustilanne. Fysioterapeutti ohjaa äidille ja potilaalle nilkan venytystä passiivisesti. Paikalla ovat fysioterapeutti, potilaan äiti ja videoija. Videolla näkyvät fysioterapeutti, äiti sekä potilas. Materiaali kestää 1,11 sekuntia.

Potilas istuu hoitopöydällä jalat lattialla. Äiti istuu viereisellä penkillä ja fysioterapeutti äidin vieressä välillä seisten ja välillä kyykyssä. Fysioterapeutti ohjaa äidille kotona tehtävää nilkan venytystä. Hän ohjaa äitiä käsistä pitäen samalla kun äiti tekee venytystä. Fysioterapeutti kertoo mihin suuntaan venytystä tehdään ja mistä otetaan kiinni. Samalla potilas itse kommentoi venytyksen tunnetta.

Liite 6 Litteraatti 1

Videolla potilas P, taaperoikäinen tyttö, äiti, isä ja fysioterapeutti FT.
Analyysissa klippi 11.00-11.57

Alkutilanne: Fysioterapeutti ja äiti istuvat lattialla vierekkäin, P makaa selällään patjalla lattialla, isä istuu äidin vieressä jakkaralla nojaten polviinsa. Äiti paijailee P:n jalkaa, isä osoittaa kysymyksensä fysioterapeutille. Fysioterapeutti kohdistaa vastauksen molemmille vanhemmille.

FT: (katsoo P:ta)
Tuleeks teille

ÄITI: (äiti kääntyy katsomaan ft:a)

FT: mieleen jotain...

ÄITI: (kääntyy katsomaan P:ta)

FT: kysymystä tähän liittyen

ISÄ: (katsoo P:ta)
Miten miten tää niinku,

FT ja ÄITI: (kääntyvät katsomaan isää)

ISÄ: nyt sit olettais vaikuttavan et se, venyttely

ÄITI: (kääntyy katsomaan P:ta)

ISÄ: on tos vasuris
se spastisuus
(kääntää katseensa ft:iin)
vähe-vähenee siin

FT: Joo, joo

ISÄ: (kääntää katseensa P:hen)
Ja entä sitte,

ÄITI: (kääntyy katsomaan isää)

ISÄ: voisko olettaa et se myös
P vaik jaksais olla
(kääntää katseensa ft:iin)
seisomatelinees kauemmin kun aikasemmin
(levittelee käsiään)

ÄITI: (kääntää katseensa P:hen)

FT: Vois,

ISÄ: onkse tälläsii juttui?
(kääntää katseensa takaisin P:hen)

FT: siis vois olettaa sillä tavalla et

ÄITI: (kääntää katseensa ft:iin)

FT: jos esimerkiksi se niinku seisomatelineessä

ÄITI: (kääntää katseensa P:hen)

FT: et hän sentakii alkaa kokee niinku epämukavuutta

Isä: Nii

(Vilkaisee ft:a)

FT: et se jalka alkaa siel ortoosissa vääntyy pahaan asentoon

Isä: Mmm, niin niin niin joo
(nojautuu taaksepäin)

FT: ja
niin
sillä tavalla vois nyt aatella
(kääntyy katsomaan P:ta)
et semmoseski asiassa näkys sitte

Isä: Mjoo
no noita seuraillaan sitte

FT: (katsoo isää)
Joo
ja se on tosi kiva

ÄITI: (katsoo ft:a)

FT: nyt varsinki
(kääntää katseensa P:hen)
ku on eka kerta ni näkis tavallaan

ÄITI: (katsoo P:ta)

FT: et minkälaisii asioita on et tietysti sit jos on jotain semmosiaki

ÄITI: (katsoo ft:a)

FT: niinku vaikut- tai jotenki jos tulee jotain semmosta yllättävää uutta
ni aina voi tietysti kysyä *
(katsoo vanhempia)
et voiks se niinku liittyä

V: Aaaa

ÄITI: (katsoo P:ta)

FT: siihen että.

Liite 7 Litteraatti 2

Videolla alakouluikäinen potilas P, potilaan äiti, fysioterapeutti sekä ft-opiskelija
Litterointi ajalta 2.45-4.30

Alkutilanne: P makaa selinmakuulla plintillä, polvet koukussa, tutkiskellen lastenkirjaa. Ft myös plintillä, istuen polvillaan P:n jalkojen vieressä. Ft pitää kiinni P:n oikean jalan polvesta ja nilkasta, ojentaessaan P:n jalkaa suoremaksi ilmaan. Äiti nojaa kyykyssä hoitopöytään, pää P:n pään vieressä, pitäen toisella kädellään kiinni samasta satukirjasta.

P: Viidakkokirja

FT: Joo-o
(Ft oikaisee toisella kädellään P:n vasemman jalan suoraksi)
Pidäksä ton jalan
(P tutkii kirjaa ja toistelee sanaa "Viidakkokirja")
vielä suorana
(Ft ojentaa P:n oikeaa jalkaa suoremaksi kohti kattoa)
Mä katon nää liikeradat täst vaan ihan näin
Tää rupee tuntuu selvästi
Sä rupeet vähän liikehtii
(Ft asettaa pt:n molemmat jalat takaisin koukkuun ja hakee katsekontaktin ft-opiskelijaan, joka kuvan ulkopuolella)
Viitiks tulla jeesaa vaikka, jos sä pidät tosta kiinni
(Ft-opiskelija istuu plintin reunalle ja pitää kiinni Pt:n vasemman jalan polvesta. Ft jatkaa oikean jalan ojentamista suoremaksi)
Katotaan mitä tulee.

P: Ai!

FT: Rupee tuntuu jo niinkö
Joo-o mä huomaan et rupee
(Ft ojentaa taas P:n vasemman jalan suoraksi. Ft-opiskelija pitää jalkaa suorana polven kohdalta)
Laitetaa toi sit suoraks tosta nii
Mä vaan katon tästä vähän että
Ft pitää toisella kädellään P:n oikean jalan pohkeesta ja toisella kädellään jalkaterästä kiinni ja taivuttaa P:n nilkkaa äkillisinä liikkeinä koukkuun)
Joo kyl se ihan
(Äiti alkaa lukea P:lle satukirjaa)
(Ft vaihtaa jalkaterällä olleen kätensä P:n oikean jalan jalkapohjaa vasten ja painaa P:n nilkkaa koukkuun)
(Ft puhuu hiljaisemmalla äänellä kohdistuen puheensa ft-opiskelijalle)

FT: Sitä luokkaa se tos nyt on ollu
Katotaan
(Ft ojentaa P:n oikean jalan suoraksi hoitopöydälle)
pysyyks se toi ihan tossa
Kyl se pysyy siinä mut se on
(Ft puhuu ft-opiskelijalle hiljaisemmalla äänellä, Äiti lukee edelleen satukirjaa P:lle)
(Ft vetää uudelleen äkillisin toiston P:n oikean jalan nilkkaa koukkuun)

FT: (Ft koukistaa P:n oikean jalan koukkuun pitäen siitä kiinni koko ajan ja hakee katsekontaktin äitiin kohdistuen puheen äidille)
(P jatkaa kirjan tutkiskelua)
Nyt mää keskeytän teidän lukuhetken tässä samalla

Eli sä oot venyttäny
ooks näin ku hän on istunu tai maannu tai

ÄITI: Nii no sillee et ku se on rauhallinen

FT: Rauhallinen joo
Eli eli sä oot

ÄITI: No miten päin se nyt vaan sattuu olemaan
Et sit tätä on ihan turha niinku väkisin ruveta
jos se ei halua nii se ei kans

FT: Mut oot venyttäny näin
(Ft pitää edelleen P:n oikeaa jalkaa koukussa)

ÄITI: Mmm
(Nyökyttelee)

FT: ..polvi koukussa..

ÄITI: Joo
(Nyökyttelee)

FT: ..ja nilkkaa koukkuun..

ÄITI: Joo
(Nyökyttelee)

FT: ..ja vastaavasti polvi..

ÄITI: Joo
(Nyökyttelee)

FT: ..suorana.

Liite 8 Litteraatti 3

Videolla alakouluikäinen poikapotilas P, potilaan äiti ja fysioterapeutti.
Litterointi ajalta 0.58-2.00

Alkutilanne: Potilas makaa hoitopöydällä päinmakuulla, nojaten kyynärpäillään hoitopöytään ja selaten samalla satukirjaa. Ft istuu hoitopöydän reunalla potilaan jalkojen kohdalla pitäen molemmilla käsillään kiinni potilaan koukussa olevasta oikeasta jalasta. Potilaan äiti on kyykyssä nojaten hoitopöytään potilaan etupuolella.

FT: Mä ymmärsin et se meni aika kivasti niinku sen viime Botoxin jälkeen
(katsoo äitiä)

ÄITI: Joo

FT: Meni passiivisesti koukkuun

ÄITI: Joo

FT: Ja sit se rupes kiristyy siitä

FT: Tiedätsä mitä mä haluaisin (potilaan nimi) sit tietää et minkälaisii venytyksiä
te ootte tehny.
(katsoo potilaaseen)
Ootteks te tehny silleen et sä oot tehny (kääntää katseensa äitiin) yksin jotain
venytyksii vai onks äiti ollu avustamassa

ÄITI: Jotai tollasta ja sitten mitä se nyt koulun jälkeen mää oon sille (potilaan nimi)
sanonukki että koulun jälkeen kun me saadaan ne läksyt kahes tunnissa tehtyy
sit loppujen lopuks ni siinä sit venytellään ni se lähtee ulos potkulaudan kans ni
siinä on sille sit venytystä

FT: Joo just

ÄITI: Lomilla ja viikonloppusin

FT: Mut sä oot venyttäny niinku itte just tätä nilkkaa ootko myös tätä niinku reiden
takaosaa
(katsoo äitiä)

ÄITI: Ei me sitä

FT: Nilkkaa lähinnä

ÄITI: Nii

Liite 9 Litteraatti 4

Videolla näkyvät potilas P, yläkouluikäinen poika sekä fysioterapeutti
Analyysissa videoklippi 10,50-12,36

Alkutilanne: Fysioterapeutti ja P seisovat vastakkain, FT ohjaa P:lle harjoitteita kotiin. FT näyttää ensin harjoitteen itse. P:n tehdessä harjoitetta FT ohjaa samalla sanallisesti ja manuaalisesti. FT kyselee paljon ja P vastaa kysymyksiin.

- FT: ootsä tehny sitte
mä ajattelin et jos tekisit viel jotai tämmöstä
(menee mä sanan kohdalla seinän viereen näyttämään harjoitteen)
et et tavallaa mä voin näyttää sulle jos siirryt pikkasen
- P: (siirtyy muutaman askeleen taaksepäin)
- FT: sul on jalka tuol takana ja yrität tälläi venyttää
(näyttää harjoitteen)
- P: toi on kyl tuttu, se on varmaa sanonu mulle et pitäis tehäki noi
(katsoo ft puhuessaan, seisoo ft päin)
- FT: kokeilepa (siirtyy pois seinältä potilaan taakse)
- P: siis mikä oli edes (siirtyy kokeilemaan siis sanan kohdalla harjoitetta)
- FT: sul on se vasen jalka siinä edessä
(näyttää harjoitteen uudestaan sul sanan kohdalla)
sä voit viedä sen aika tonne etee
nyt vasemman jalan etee
pistät vasemman jalan polven koukkuun
tämän viet tänne taakse
(laskeutuu kyykkyy, ottaa asiakkaan nilkasta kaksin käsin kiinni ja ohjaa manuaalisesti, katse nilkassa)
ja täs on sama idea
(naputtaa sormella jalkapöytää sanoessa sanan sä ja kääntää katseen potilaan kasvoja kohti)
sä voit tuoda vähän eteenpäi tota jalkaa
noi, ja sit sä yrität painaa tästä
(ottaa vasemmalla kädellä potilasta polvesta ja oikealla pitää oikeasta polvesta kiinni ja ohjaa venytystä oikeaan suuntaan)
sä pistät tota koukkuu
(siirtää sanan tota jälkeen vasemman käden potilaan nilkkaan)
ja yrität painaa tätä jalkaa tänne alas
saaksä venytystä
saatko tuntuu
- P: en nyt
- FT: et saa tässä
- P: (hymähdys)
- FT: kokeiles vielä
(pitää oikealla kädellä polvesta ja vasemmalla nilkasta ohjaten venytystä oikeaan suuntaan)
nostaksä itteäs vähä suuremmaks sieltä ylös
(nousee kyykystä ylös ja ottaa käsillä P:tä kiinni keskivartalosta ja ohjaa oikeaan asentoon)

ja sit yrität painaa lantioo tonne ja samalla painat tätä kantaa alas
(ohjaa lantiota eteenpäin ja samalla-sanana aikana siirtyy kyykkyyyn ja ottaa va
semmalla kädellä P:n kantapäästä ja oikealla kädellä pohkeen yläosasta kiinni
ja painaa alaspäin)
saatko tuntumaa

T: e

FT: joo sul pitää olla ilmeisesti paino siinä
kokeiles vielä
(nostaa ensin kädet lantiolle ja sen jälkeen oikean käden reiden päälle)
et saa silleen tuntumaa
(laittaa kädet vasempaan kantapäähän ja oikean reiden alaosaan)

T: e

FT: entä jos sä tuot vähä taaksepäi kokeillaa
se voi olla et täs ei oo tarpeeks painoo päällä
(ohjaa jalan manuaalisesti taaksepäin)
yritäs nyt vielä
saatsä venytetty
(ottaa molemmin käsin nilkasta kiinni ja painaa alaspäin)
tää tuntuu varmaa vielä vähemmä
tuntuuko
(pitää molemmin käsin jalkapöydästä kiinni ja ohjaa oikeaan suuntaan)

T: emmä saa

FT. Joo
joo mut toi oli hyvä toi äskeine
(irroittaa kädet nilkasta ja asettaa oikean käden oman polven päälle)
sä et varmaa saa toho nii paljo sitä venyvyyttä ja painoo
joo se tarviis painon siihe päälle
(puhuu samalla käsillään, katsoo P:tä päin puhuessaan kyykyssä)

T: nii
(puhuu ft:iin päin, seisoo puoliksi ft:a päin ja puoliksi kameraan)

FT: Mut toi yks mikä tehtii ni se on sulle ainaki tuttu venytys
(kääntää katseen pois kasvoista ja puhuu P:n jalkoihin)

Liite 10 Litteraatti 5

Videolla potilas P, yläkouluikäinen poika, fysioterapeutti ja pojan äiti
Analyysissa videoklippi 31,32-32,43

Alkutilanne: Fysioterapeutti, äiti ja P, P istuu hoitopöydällä oh ja FT ohjaa P:lle ja äidille nilkan venytystä kotiin.

- FT: Kokeileksä vaikka
(siirtyy seisomaan pojan viereen ja äiti tulee kokeilemaan venytystä)
- FT: miltäs se tuntuu, onks se maholline
nappase niiku nyrkkiin
just
ihan toho nyrkkiin
laita vielä tännepäi toho toi kanta- kantaluun ja sit mä otin iha tästä niiku ym
päri kiinni
sit mä lähen niiku vetää näitä erilleen
ja sit vielä vähäse sinne ulospäi
(ft ohjaa manuaalisesti äitiä käsistä pitäen, lauseen lopussa katsoo p:tä) tulee-
ko tuntumaa
irvistit ainaki joo
eli idea
- P: sä otit vähä liia kovaa ku se alkaa pistää täältä
- ÄITI: (hymähdys)
- p: noi
- FT: kyllä se oli pienestä kii
(naurahdus)
tuleeko tuntumaa
- P: (hymähdys)
joo tulee mut se
se niiku
tää kohta
(näyttää nilkasta lateraalisen malleolin yläkulmaa)
- FT: okei
joo
- ÄITI: joo
- FT: sä oot hyvä mittari sanoo
tuntuuko se
- P: nii
- P: (...) (puhetta päällekin, ei saa selvää)
- FT: ei tunnu tai nyt tuntuu
- P: nii
- FT: tuntuuks toi sust iha ookoolle tehdä
joo sit voi päästää rennoks
otetaaks

joo
päästä vaan rennoks ni otetaa kerran vielä